18
N° 13

ARTHROPATHIES ET ANGINES

ÉTUDE HISTORIQUE ET CLINIQUE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 7 Décembre 1904

PAR

François SINONCELLI

Né à Aullène (Corse), le 31 Octobre 1860

Pour obtenir le titre de Docteur en Médecine

22 FEB 10
LIBRARY

MONTPELLIER
IMPRIMERIE DELORD-BOEHM ET MARTIAL
Editeurs du Montpellier Médical

1904

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✱) ..... Doyen
TRUC ..... Assesseur

PROFESSEURS :

Clinique médicale	MM. GRASSET (✱).
Clinique chirurgicale	TEDENAT.
Clinique obstétricale et Gynécologie	GRYNFELTT
— Chargé du Cours, M. GUÉRIN.	
Thérapeutique et Matière médicale	HAMELIN (✱).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✱).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et Histoire naturelle médicale	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE.
Clinique ophtalmologique	TRUC.
Chimie médicale et Pharmacie	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS.
Opérations et Appareils	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et Toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS H.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.
Professeurs honoraires : MM. JAUMES, PAULET (O. ✱), BERTIN-SANS F. (✱).
Secrétaire honoraire : M. GOT

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Accouchements	MM. VALLOIS, agrégé libre.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	BROUSSE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards	RAUZIER, agrégé libre.
Pathologie externe	de ROUVILLE, agrégé.
Pathologie générale	RAYMOND, agrégé.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. BROUSSE	MM. RAYMOND.	MM. ARDIN-DELTEIL.
MOITESSIER.	VIRES.	GUÉRIN
de ROUVILLE.	VEDEL.	SOUBEIRAN.
PUECH.	JEANBRAU.	GAGNIÈRE.
GALAVIELLE.	POUJOL.	Ed. GRYNFELTT.

M. IZARD, *Secrétaire.*

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. GRASSET, Professeur, *Président.*	MM. VIRES, Agrégé
GRANEL, Professeur.	VEDEL, Agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES PARENTS

F. Sinoncelli

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GRASSET

F. SINONCELLI.

A MES MAITRES

DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE MARSEILLE

F. SINONCELLI.

A MES MAITRES

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

F. Sinoncelli.

PRÉFACE

Depuis quelque temps, la question des arthrites succédant aux angines a été l objet de nombreux travaux, mais on ne peut point dire que la question soit résolue; et cependant celle-ci est d'importance capitale, car elle ne tendrait à rien moins qu'à faire rentrer le rhumatisme articulaire aigu dans le groupe des arthrites infectieuses, avec toutefois des différences cliniques dues à l'influence du terrain. Ayant eu l'occasion d'observer un certain nombre de malades chez qui des inflammations articulaires avaient succédé à des manifestations gutturales diverses, nous nous sommes livré sur ce sujet à des recherches nombreuses dans la littérature médicale. Il nous a semblé que les faits observés par nous et les notes que nous avions recueillies dans les différents périodiques pourraient être de quelque utilité. Qu'il nous soit permis, à ce propos, de remercier les amis qui ont bien voulu mettre à notre disposition leur connaissance des langues étrangères.

ARTHROPATHIES ET ANGINES

ÉTUDE HISTORIQUE ET CLINIQUE

HISTORIQUE

Les Précurseurs. — En réalité, l'attention du public n'a été attirée sur l'origine rhumatismale que depuis Trousseau et Lasègue, mais le mal est si fréquent et souvent si caractéristique, qu'il était impossible qu'il n'eût pas attiré l'attention, précédemment, d'un certain nombre d'observateurs, et c'est ce qui a eu lieu en effet.

Il faut même remonter à l'encyclopédie Hippocratique. En effet, dans le livre VIIe des Épidémies, qui est, paraît-il, apocryphe, c'est-à-dire que l'on ne peut vraisemblablement attribuer au père de la médecine [1], on trouve l'observation suivante : « Chez la femme de Polémarque, prise d'angine en hiver, gonflement sous la gorge, beaucoup de fièvre ; la veine fut ouverte, l'étouffement provenant de la gorge cessa, la fièvre persista. Vers le cinquième jour, *douleurs et gonflements du genou gauche ;* il lui semblait, disait-elle, que quelque chose s'amassait sur son cœur ; elle respirait comme respirent les plongeurs sortant de l'eau ; du bruit sortait de sa poitrine comme chez les femmes appelées ventriloques (les hystériques atteintes de cornage ?). Voilà ce qui arriva vers le huitième et le neuvième jour. Dans la nuit, le ventre fit éruption ; déjections liquides abondantes, répétées, fétides. Perte de la voix. Elle mourut. »

[1] Littré.

Nous avons parcouru, avec soin, l'« Histoire des maladies du pharynx », du docteur Chauveau, pour savoir si d'autres auteurs, dans l'antiquité, le Moyen Age ou la Renaissance, avaient écrit quelque chose d'original, après les Hippocratiques, sur la coïncidence des arthrites et des angines. Notre espoir a été déçu, et l'auteur de cet intéressant ouvrage dit très nettement qu'il a eu parfois des redites, mais pas de remarques nouvelles.

En définitive, il faut descendre à *Musgrave* pour retrouver quelque chose de nouveau. Dans sa dissertation sur les anomalies de l'arthritisme, il rapporte le fait suivant : « Homo Iscanus, e regione portæ australi, decimo ætatis lustro, ex frigore quod ante precesserat, angina laboravit ; febris, pulsu celeri, æstus carnis immodico signata fuit : fonces cum rubore tum fuerunt ; voce nihil distincte significavit, spiritum difficillime traxit ; cibi transitus præcludebatur. Non dubito phore plerosque, qui ex indiciis angino itam simplicem et verum esse judicaverint ; quam vero recte confestim apparebit. De dolore interrogavi, satis salve ? Numme alias corporis partes ibidem occuparet ? Quem cum *genu*, etiam et *malleoli sinistrâ*, *eo ipso tempore* tametsi *mitem* et laterabilem esse ; eam cum articulos invadere et more prorsus arthritico reverti, solitum acceperam anginam hanc non tam veram et exquisitam, quam in arthriticum numero et classe ponendam æstimavi. »

Sauvages, dont la magistrale nosologie méthodique contient une mine de renseignements inédits, admet une variété d'esquinancie métastatique qui passe dans les jointures : « Cette espèce [1] est causée par l'ardeur de la fièvre et compliquée d'une douleur passagère dans les articles. Pour le traitement, il faut attirer ces humeurs au dehors par le

[1] Traduction française de l'ouvrage latin.

moyen de la saignée, de la purgation, des gargarismes, des vésicatoires, et tâcher surtout de les rappeler dans les parties opposées à celles sur lesquelles elles se sont jetées. Dès qu'elle paraît sur les *pieds* ou sur les *genoux*, le reste de l'esquinancie se dissipe. »

Stoll en parle d'une façon un peu plus explicite dans sa *Médecine pratique* (traduction de Mahon). Ainsi (page 17, première partie), il écrit: «Des *rhumatismes* avec fièvre furent très multipliés dans cette même saison (mars 1776). Cette fièvre affectait quelquefois les muscles du thorax, de manière à ressembler à celle de la pleurésie ou de *la gorge comme l'aurait fait une esquinancie.* » Mais il ne faut pas oublier que, pour lui, le mot rhumatisme n'a point la signification qu'il possède aujourd'hui et qu'il signifie surtout arrêt des humeurs en un point sous l'influence du froid. Néanmoins, (pages suivantes de l'ouvrage), on ne peut nier qu'il ait vu la coïncidence des arthrites de la pleurésie et de l'angine sans en comprendre, du reste, véritablement le motif. Cependant les successeurs de Stoll retinrent de sa description que l'angine rhumatismale était caractérisée par une rougeur intense, une douleur aiguë et une tuméfaction peu accentuée.

C'est ainsi que J. Franc, dans sa *Pathologie interne* (trad. Bayle), dépeint de la façon suivante cette variété d'angine : « Lorsque l'angine est causée par une lésion de la transpiration, qu'elle est accompagnée d'une *douleur très aiguë*, que la gorge est plus *rouge* que d'ordinaire, mais peu tuméfiée, on la nomme angine rhumatismale. »

Heberden (*Commentar. de morbor. histor. et curat.* Francofurti, 1804. De Angina, p. 21) est beaucoup plus explicite : « Finito morbo nonnulli adoriuntur dolores et tumores rheumatici ».

Bouillard n'y voyait encore que de simples coïncidences,

car il se contente de les rappeler ainsi dans son *Traité du rhumatisme articulaire aigu* (p. 248): « Une soif très vive et l'anorexie accompagnent l'état fébrile, dont nous venons de parler. Quelques malades se plaignent de mal de gorge, de gêne de la déglutition. Ces phénomènes *sont accidentels* et tiennent à la coïncidence d'une angine rhumatismale dont nous avons, en ce moment (22 mai 1840), un exemple sous les yeux chez une femme rhumatisante couchée au n° 16 de la salle Sainte-Madeleine.

Valleix s'en tient aux données fournies par Stoll et ses successeurs, tout en insistant sur un symptôme important, les irradiations douloureuses dans les muscles du cou et des épaules : « L'angine rhumatismale se distingue, dit-il, principalement de la pharyngite catarrhale par des douleurs plus intenses le soir, par leurs irradiations au cou et aux épaules, par la disparition de la fièvre initiale, lorsque la lésion locale est établie, par la rougeur intense et semblable à la teinture de garance, qui occupe l'isthme du gosier et par l'absence de gonflement notable ».

Monneret admet nettement la possibilité de localisation rhumatismale sur les muqueuses : « Suivant les auteurs anciens, le rhumatisme peut se transporter sur les membranes muqueuses des voies respiratoires, des fosses nasales, du tube digestif, et y déterminer des congestions et des flux muqueux. Nous croyons à l'existence de ces phlegmasies rhumatismales. Nous les avons observées de la manière la plus évidente sur la muqueuse des fosses nasales, dans le pharynx et le larynx chez les rhumatisants ».

Dans leur article du *Dictionnaire de médecine,* en quarante volumes, Chomel et Blache se montrent très brefs tout en reproduisant les traits principaux de la description de Franc : « On a décrit enfin sous le nom d'angina rheumatica, arthritica, rheumatismus faucium, une variété de l'an-

gine gutturale, caractérisée par des symptômes locaux peu intenses, à l'exception de la douleur, qui est très vive et occupe plus particulièrement le voile du palais : elle alterne ou coïncide avec des douleurs rhumatismales et goutteuses ».

Auteurs français de la période Trousseau. — En somme, si la coïncidence des arthrites et de l'angine, si certains caractères les plus frappants de ces accidents pharyngés (douleur vive, irradiations musculaires, rougeur intense, coïncidant avec une tuméfaction légère, localisation à l'isthme et principalement au voile du palais), avaient été notés par quelques écrivains, il n'en est pas moins exact, comme nous l'avons dit plus haut, que le public médical n'avait nullement son attention fixée sur ce point, et que Trousseau a joué véritablement le rôle d'un initiateur en faisant connaître des faits qui étaient restés pratiquement ignorés de la plupart. Ce n'est pas qu'il ait créé de toute pièce le type d'angine rhumatismale, que seul il décrit : celui de la pharyngite catarrhale diffuse, aiguë (Escat). Comme on a pu le voir précédemment, beaucoup des phénomènes qu'il dépeint avaient été entrevus par ses prédécesseurs, mais son talent didactique merveilleux lui permit de leur donner un relief extraordinaire et sa description courte, ramassée en quelque sorte, saisissante, ne sera plus oubliée par personne. Il note la rapidité extrême du mal (ce qui souvent est inexact), la rougeur intense du gosier (mais sans étudier, comme Lasègue, les différences que celle-ci présente avec la rougeur érysipélateuse), la douleur et la dysphagie très marquées, la localisation du mal, la fréquence du torticolis, les arthrites consécutives (surtout celles de l'épaule) ; mais ce qui le préoccupe surtout, c'est le *diagnostic avec l'angine phlegmoneuse* avec laquelle elle serait très souvent confondue,

erreur qui ferait tout le succès de bien des traitements irrationnels de l'esquinancie. Du reste, voici le passage du premier volume de ses Cliniques auquel nous faisons allusion : « Un individu, sujet aux douleurs rhumatismales, prend un coup de froid. Au bout de quelques jours, il éprouve une douleur extrêmement vive dans la gorge, douleur telle, qu'il peut à peine avaler une goutte d'eau, et même sa salive, la déglutition de ces petites quantités de liquide étant beaucoup plus pénible que celle d'un bol alimentaire. Cela s'explique par ce fait que, pour chasser vers l'œsophage ces petites quantités de liquide, les contractions du pharynx doivent être nécessairement plus énergiques que lorsqu'il s'agit d'un corps plus volumineux, sur lequel il a besoin de moins se resserrer. L'examen des parties malades fait voir l'intérieur du pharynx et le voile du palais d'un rouge plus ou moins prononcé ; la luette, envahie par l'inflammation, est œdématiée et s'est allongée. Tous ces phénomènes inflammatoires vont disparaître avec une grande rapidité parce qu'ils sont fugaces, comme le sont, en général, les affections de nature rhumatismale. Et, en effet, le lendemain du jour où cette angine douloureuse se sera développée, la douleur aura cédé comme par enchantement, en même temps qu'une autre douleur peut-être occupera le cou, produisant le *torticolis* ; puis vingt-quatre heures après ce sera l'*épaule* qui sera prise. Le lendemain encore le malade se plaindra d'un *lumbago*. Quant à l'angine, elle aura duré trente ou quarante-huit heures. Si, à son début, vous avez diagnostiqué une angine phlegmoneuse commençante et que vous vous soyez empressé de mettre en œuvre les moyens que la thérapeutique tient à votre disposition, vous aurez beau jeu pour croire avoir arrêté court cette prétendue angine phlegmoneuse.

C'est parce qu'ils avaient eu affaire à ces angines rhuma-

tismales, que les médecins auxquels je faisais allusion tout à l'heure ont pu se vanter de s'être ainsi rendus maîtres des angines phlegmoneuses commençantes et de les avoir fait avorter. Les malades qui ont eu plusieurs fois de ces angines distingueront aussi bien la douleur de l'angine rhumatismale et celle de l'angine phlegmoneuse, qu'un goutteux distinguera sa douleur de goutte de la douleur d'une arthrite arrivant accidentellement ; mais le médecin, je le répète, est incapable de les reconnaître dans les premiers jours de leur apparition. »

Ce type saisissant, décrit par Trousseau, devait bientôt subir quelques altérations. Ainsi, Gubler, dans son célèbre mémoire sur l'angine herpétique (*Comptes rendus Société des Hôpitaux*, 1858), signalait la production possible d'accidents rhumatismaux : « Une circonstance, dit-il, digne de remarque, c'est l'existence de douleurs rhumatismales au début de la maladie. Je m'appuierai sur cette coïncidence pour admettre un lien étiologique entre ces deux éléments morbides ». Peu après, Raphaëlian (*Thèse de Paris*, 1862), recueillait, dans le service de Guéneau de Mussy, une observation bien nette d'angine suivie de polyarthrite rhumatismale.

Deux ans après Trousseau, un des plus brillants élèves de Lasègue, Fernet, qui avait été son interne, faisait dans sa remarquable thèse de doctorat, une étude très complète de l'angine rhumatismale où l'on trouve déjà, à ce sujet, les principales idées qu'émettra un an plus tard l'illustre clinicien dans son célèbre « Traité des Angines ».

Fernet affirme nettement le caractère prodromique de la phlegmasie gutturale: « Le rhumatisme de la gorge ou angine rhumatismale est une détermination précoce du rhumatisme aigu. On l'observe habituellement dans la période de début de l'attaque, avant l'apparition des autres manifestations, et elle disparaît au moment où se développent des actes morbi-

des plus sérieux et plus fixes qui appartiennent à la période d'état de la maladie ; elle fait partie de ces déterminations fugaces dont j'ai parlé, qui signalent souvent le début du rhumatisme articulaire aigu. » Voici comment il comprend la symptomatologie : « L'angine rhumatismale a un début brusque ; elle s'annonce par une douleur de gorge très vive, s'étendant vers les oreilles; cette douleur s'exaspère dans les mouvements de déglutition. Parfois même la déglutition est empêchée, ce qui est dû à un certain degré de *paralysie des muscles du pharynx*. En même temps, *les mouvements du cou* sont douloureux et il y a souvent un peu *de torticolis*. Si on examine la gorge, on voit une rougeur erythémateuse diffuse occupant toute l'arrière-bouche et un gonflement, œdémateux de la muqueuse, marqué surtout au niveau de la luette, qui est tuméfiée et allongée. Le pharynx est humide, exempt de toute exsudation. Une des deux *amygdales* ou les deux peuvent présenter une *tuméfaction* plus ou moins considérable. La fièvre est vive, hors de proportion avec la légèreté de la maladie locale »

Il a signalé la concomitance fréquente du *coryza*[1] avec l'angine, et en a donné une observation : « H..., 28 ans, journalier. Entre à l'hôpital Necker le 10 mai 1864, salle Saint-André, n° 14. Cet homme nous raconte qu'il est à peu près constamment malade depuis le mois de décembre 1863 ; à cette époque, il éprouva d'abord un *coryza* et une angine pharyngée pendant une huitaine de jours ; au moment où ces maladies cessaient, il fut pris d'un rhumatisme articulaire aigu intense, qui le retint deux mois à l'hôpital. Dix jours avant son entrée à Necker, il fut repris, comme au commencement de sa première attaque, de *coryza* et d'an-

[1] Voir plus loin Gallois, au sujet de la participation de l'anneau de Waldeyer, tout entier, à l'infection rhumatismale.

gine, qui disparurent au bout de sept à huit jours, et firent place, comme la première fois, à des douleurs dans les jointures. Le dernier rhumatisme articulaire aigu fut peu intense, bien qu'il occupât toutes les jointures des membres; il ne dura qu'une huitaine Le 22 mai, le malade sortait complètement guéri. » Enfin, il a insisté sur cette particularité intéressante de la *similitude* de l'angine au cours de différentes attaques chez beaucoup de sujets qui savent ainsi, avant leur médecin, qu'ils vont être pris d'une poussée de polyarthrite. « Il y a des individus, et j'en ai observé plusieurs, dont toutes les attaques de rhumatisme débutent ainsi par une angine, si bien qu'ils acquièrent la triste connaissance des allures habituelles de leur affection, et sont quelquefois moins embarrassés que le médecin pour reconnaître la nature de leur angine et en prévoir les suites. »

Quels que soient les mérites de Trousseau et de Fernet, *Lasègue* est, certainement, celui qui a fait le mieux connaître sinon toutes les variétés rhumatismales, au moins la plus saisissante d'entre elles, le type Stoll-Franc, ou pharyngite catarrhale diffuse aiguë. Avec lui, l'esquisse est devenue tableau; les symptômes ont été notés, étudiés, appréciés avec le plus grand soin, et comme il était persuadé que le pharynx était le siège de manifestations précoces et souvent caractéristiques dans la plupart des maladies générales, qu'il examinait, par suite, systématiquement cet organe d'une façon précoce, et qu'il savait tirer un parti excellent, grâce à des manœuvres ingénieuses du simple abaisse-langue, il a su déceler, pour ainsi dire dès le début, les manifestations diverses de l'angine gutturale, dépeinte déjà par plusieurs de ses contemporains, et a suivi avec beaucoup de fidélité leur évolution. Il est un partisan convaincu de l'existence primitive de l'angine avant l'apparition de toute arthrite rhumatismale. « Je n'ai jamais vu, quoique

j'aie eu, comme tous les médecins chargés d'un service hospitalier, à traiter un nombre considérable de rhumatismes, je n'ai jamais vu l'angine apparaître dans le cours de la maladie. Elle appartient, toutes les fois qu'elle se montre, à la période, ou mieux, à l'époque d'incubation, et c'est elle qui en constitue la première manifestation, le plus souvent négligée ou méconnue. » Comme Franc, Chomel, Valleix, Trousseau, Fernet, il admet que la douleur serait très intense, ainsi que la dysphagie, et toutes deux présenteraient un aspect si caractéristique que le malade ne s'y tromperait pas, quand il a eu une précédente attaque La rougeur ressemblerait, à première vue, à celle de l'érysipèle; mais ses limites, moins tranchées, se confondraient, peu à peu, avec les parties saines.

Le mal siégerait surtout sur les piliers et le voile et *n'envahirait que secondairement les amygdales*. Jamais le mal ne descendrait du côté du larynx, mais il envahirait assez fréquemment le *nez* et les *oreilles*. Assez souvent on noterait une légère tuméfaction (œdème) des parties atteintes, mais celles-ci ne présenteraient pas la moindre trace d'un enduit catarrhal ou pseudo-membraneux [1]. Il y aurait, de la sorte, une espèce de phlegmasie aiguë sèche où l'intensité des phénomènes réactionnels contrasterait étrangement avec la bénignité apparente des lésions. Comme Trousseau, Lasègue pense que le rhumatisme des *muscles du pharynx* rend compte de cette anomalie apparente. Il n'aurait pas constaté l'envahissement des ganglions lymphatiques.

Enfin, contrairement à l'érysipèle du pharynx, il pense que les phénomènes gastriques font habituellement défaut. Quant à la fréquence de l'affection, « l'angine rhumatismale

[1] Son élève Lagoanère cite cependant une observation où il y avait dépôt pseudo-membraneux sur la gorge.

n'est rien moins qu'un rare antécédent du rhumatisme ; plus on s'habitue à l'observer, plus on la constate fréquemment, et sans se laisser aller à une exagération, je crois pouvoir dire qu'elle existe plus ou moins intense dans la majorité des cas » Quant à l'intensité des phénomènes généraux, ils seraient très modérés comme dans le rhumatisme en général, et la fièvre sans caractère bien déterminé ne dépasserait pas 39°.

Successeurs français immédiats de Trousseau et de Lasègue — Peu après Trousseau et Lasègue, Peter s'appesantit d'une façon particulière, dans son article « Angine » du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, sur l'analogie qui existerait entre l'érysipèle du pharynx et le rhumatisme du même organe. D'ailleurs, les manifestations locales de ces deux grandes maladies générales pourraient d'autant plus se ressembler, que l'érysipèle et le rhumatisme seraient en réalité des voisins : « Comme l'érysipèle, le rhumatisme n'est pas une éruption franche ; comme lui, il sévit souvent sous la forme épidémique et une épidémie de rhumatisme succède souvent à une épidémie d'érysipèle. Comme l'érysipèle, le rhumatisme est mobile comme lui, il est une inflammation des membranes, non des parenchymes. Seulement l'érysipèle frappe surtout les membranes tégumentaires, peau et membranes muqueuses en rapport avec l'air.

» Le rhumatisme affecte de préférence les cavités closes : membranes séreuses splanchniques et articulaires. Cependant, le rhumatisme affection générale, peut frapper toutes les membranes, et dans les membranes il semble se fixer de préférence dans les tissus fibreux. C'est à ce titre qu'on le voit rarement, il est vrai, affecter la peau et un peu plus fréquemment la membrane muqueuse digestive. » Il avoue que les symptômes pris en eux-mêmes ne sont pas aussi

pathognomoniques qu'on pourrait le supposer : « C'est plutôt *l'ensemble* des phénomènes *antécédents* ou *concomitants*, plutôt les caractères extrinsèques que les intrinsèques qui démontrent quelle est la nature de l'angine. Il prête avec raison une grande attention aux manifestations rhumatismales, en quelque sorte parallèles, qui se produisent du côté des muscles par exemple. Le fait que le sujet est un rhumatisant plus ou moins avéré importe également beaucoup au diagnostic, ainsi que l'avaient fait ressortir précédemment Fernet et Lasègue. Comme ces écrivains et comme Trousseau, il admet que l'angine est un symptôme précoce survenant ordinairement au début du mal « avec l'apparence des autres manifestations, et elle disparaît au moment où se développent les actes morbides plus sérieux et plus fixes, qui appartiennent à la période d'état du rhumatisme ». Ce serait en somme quelque chose comme un *érythème cutané* se produisant sur une muqueuse, celle de l'arrière-gorge, très semblable à la peau [1] : « Elle fait partie, dit-il, des manifestations fugitives, erratiques, qui signalent souvent le début du rhumatisme aigu. Elle est à la membrane muqueuse de l'arrière-bouche ce que sont les *exanthèmes de la peau*. Elle est au pharynx ce que sont, par exemple, la roséole et l'érythème noueux aux téguments externes ». Lui aussi ne décrit guère que la pharyngite catarrhale diffuse aiguë. Quant aux amygdales, il se contente de dire qu'elles sont gonflées, sans s'inquiéter, comme Lasègue, si ces glandes lymphatiques sont prises d'une façon primitive ou secondaire. Il insiste sur l'intensité de la douleur, sur le gonflement œdémateux, ainsi que les auteurs précédents ;

[1] Robin avait soutenu que non seulement le pharynx, mais encore l'œsophage, ont leur derme très semblable au revêtement cutané (Voir l'ouvrage Pharynx du docteur Chauveau).

enfin il reconnaît, avec quelques-uns de ses contemporains, que l'angine rhumatismale peut revêtir une forme phlycténulaire ou herpétique (Voir Gubler à l'Historique).

Desnos (Dictionnaire pratique de médecine, article Angine) fait ressortir combien l'étude des affections parenchymateuses ou muqueuses du rhumatisme est restée en retard par rapport à celle des manifestations articulaires. Il ne faudrait donc pas s'étonner du silence gardé par les auteurs sur l'angine rhumatismale. Cependant, pas plus que Trousseau, il n'en nie l'existence : « Pour notre compte, nous avons vu des faits qui ne nous permettent pas de douter de sa réalité. » Ainsi que Péter, il trouve surtout dans les phénomènes antécédents et concomitants la caractéristique principale de l'affection : « La simultanéité, la succession ou l'alternance de cette espèce d'inflammation de l'arrière-gorge avec des manifestations évidentes du rhumatisme aigu ou subaigu, forment la caractéristique de l'angine rhumatismale, qui offre aussi, dans l'intensité de la douleur, douleur plus vive encore, plus poignante que celle de l'amygdalite phlegmoneuse, un symptôme d'une certaine importance. » Il s'étend davantage que Peter sur l'angine rhumatismale herpétique dont Gubler, Ollivier, Guéneau de Mussy et son élève Raphaelian avaient fait connaître, depuis peu, les complications articulaires.

En 1870, Hallez, soutenant dans sa thèse la doctrine de la fièvre rhumatismale essentielle, véritable entité morbide primitive, admet que celle-ci pourrait se localiser primitivement au niveau du pharynx.

Picot (Du rhumatisme aigu et de ses différentes manifestations chez les enfants. Thèse de Paris, 1872), sans rien dire d'original sur le sujet, en rapporte deux observations intéressantes.

En 1876, Lagoanère et Piponnier, tous deux élèves de

Lasègue, se firent, dans leur dissertation inaugurale, l'écho des doctrines de leur maître et eurent le mérite de fouiller davantage le sujet et de faire un exposé assez net de l'état de la question. Lagoanère affirme que jamais l'angine rhumatismale ne descend du côté du larynx, mais qu'elle envahit souvent les oreilles (d'où la fréquence de l'otalgie) et les fosses nasales ; il en cite une observation intéressante, où le catarrhe nasal jouait un rôle assez important à côté des manifestations gutturales. En outre de la variété aiguë, il admet une variété subaiguë plus traînassante et moins bien caractérisée dans sa symptomatologie, qu'il déclare exceptionnelle et que l'absence de matériaux ne permet pas de décrire encore d'une façon suffisante. Comme beaucoup des auteurs contemporains et comme Lasègue, il croit à l'existence d'une angine rhumatismale non suivie de polyarthrite, mais accompagnée d'*autres manifestations qui en précisent la véritable nature*. C'est ainsi qu'il emprunte à la thèse de Ferrand (thèse de Paris, 1862) l'observation d'une petite malade du service du docteur Roger, âgée de 11 ans, qui eut à la suite d'une angine rhumatismale caractéristique, du rhumatisme musculaire, de l'érythème noueux et de la pleurésie.

Piponnier, après un exposé assez détaillé des opinions émises par les principaux auteurs à partir du XIXe siècle, se contente de reproduire fidèlement le tableau clinique de Trousseau et surtout de Lasègue. Faisons remarquer, à ce propos, que ses observations nombreuses et bien prises sont d'un grand intérêt. On y constate non seulement la fréquence des myosites et des synovites rhumatismales, des éruptions cutanées concomitantes des arthrites, mais encore une grande diversité dans l'intensité, l'étendue et l'allure des manifestations articulaires qui peuvent être légères ou graves, aiguës ou subaiguës, localisées à peu près aux épaules ou aux poignets, ou au contraire généralisées, non

seulement au membre supérieur, mais encore au membre inférieur.

Toutes les notions successivement émises par les auteurs de cette époque sont utilisées et mises en relief avec beaucoup de talent par Besnier, dans son article Rhumatisme, du Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales. Il a eu le mérite de signaler nettement des faits qui nous paraissent très importants, c'est-à-dire les symptômes concomitants d'ordre musculaire (torticolis) et d'ordre cutané (erythème noueux, erythème polymorphe). D'autre part, tout en s'en tenant comme d'habitude au type Stoll-Franc, c'est-à-dire à la pharyngite catarrhale diffuse aiguë, il note non seulement la possibilité d'une tuméfaction tonsillaire assez marquée, mais encore d'une *amygdalite phlegmoneuse.*

Parfois aussi il aurait vu le mal, beaucoup moins net, simuler une affection gutturale vulgaire. Du reste, voici le passage auquel nous venons de faire allusion : « Ainsi que nous l'avons indiqué déjà, en parlant du mode de début et du siège initial des localisations du rhumatisme articulaire aigu; l'angine pharyngée peut apparaître sous l'influence de la cause déterminante de l'attaque rhumatismale avant les localisations articulaires, soit comme première manifestation, soit après un *torticolis*, un *érythème papuleux*, un *lumbago*, une *sciatique*, soit en même temps ou à peu près, mais toujours pendant la première période de la maladie.

Cette angine précoce du rhumatisme articulaire aigu est constituée par un véritable rhumatisme *musculaire du pharynx* et par un *érythème* de la muqueuse, habituellement œdémateux à la luette. La douleur produite par les moindres mouvements de déglutition est parfois excessive ; la fièvre est intense, la marche est rapide, et deux ou trois jours suffisent à son évolution. Ce délai passé, les accidents pharyngés

s'effacent devant l'apparition d'autres phénomènes rhumatismaux et ne persistent guère plus longtemps que dans les cas où cette détermination reste la seule produite par l'ictus rhumatismal, ou bien encore quand il se développe consécutivement une amygdalite parenchymateuse. *Mais ces derniers cas sont moins nets ; la pharyngite musculaire rhumatismale n'apparaît plus aussi nettement ; le cas est devenu complexe et l'angine ne diffère pas alors sensiblement de l'angine à figure commune.*

Deux raisons seulement permettent de reconnaître parfois, dès le premier abord, la nature vraie et la signification de ces angines précoces du rhumatisme articulaire aigu ; l'intensité de la douleur et le degré de la dysphagie, d'une part, et de l'autre la coexistence de quelques autres manifestations de la première période, et notamment du torticolis et de l'erythème papuleux, ou encore l'existence connue d'antécédents rhumatismaux chez le sujet observé. Il y a donc là un point de pratique vraiment important mais assez délicat, une notion pronostique que l'on pourra utiliser, mais avec *réserve*, et sans *affirmation imprudente*, car, je l'ai déjà dit, le rhumatisme pharyngé, le plus accentué, accompagné même de torticolis, peut, même chez un sujet rhumatisant, *ne pas aboutir nécessairement* à une attaque de rhumatisme articulaire aigu ; mais les probabilités deviendraient plus grandes s'il existait en même temps quelque *efflorescence cutanée*. Il est inutile d'ajouter qu'on ne prendra pas pour du rhumatisme articulaire les douleurs des membres, la courbature, qui accompagne souvent, à un degré si prononcé, le début des angines pharyngées intenses. Un examen attentif des régions articulaires permettra de se prononcer nettement à ce sujet. Quant au traitement à instituer, Besnier se montre très peu partisan des interventions thérapeutiques actives.

Auteurs français de la période actuelle. — Les notions nouvelles sur l'infection ont changé complètement de face l'état du sujet. Bouchard et ses élèves ont beaucoup contribué à ces changements. Tout d'abord, en 1881, dans son célèbre ouvrage sur les Maladies par ralentissement de la nutrition, il sépare nettement du rhumatisme articulaire aigu ce qu'on a appelé le rhumatisme secondaire infectieux : « Toutes les maladies infectieuses peuvent présenter, parmi leurs manifestations contingentes, des déterminations articulaires absolument distinctes du vrai rhumatisme et relevant de l'infection générale de l'économie. » Cette idée fut longuement développée par son élève Bourg, en 1883 (Déterminations articulaires des maladies infectieuses, pseudo-rhumatisme infectieux. Paris, 1883). D'autre part, la même année, au Congrès international de médecine de Londres, il signale les albuminuries infectieuses des amygdalites En 1883, revenant sur cette question, dans son cours de la Faculté, il affirme à nouveau la nature infectieuse de certaines inflammations pharyngées, et en cite un cas probant. En 1885, Landouzy se prononce, très nettement aussi, pour l'affirmative (voir *Progrès médical*). Avec les idées nouvelles, il était facile de comprendre pourquoi l'angine pouvait se compliquer, au moment donné, d'arthrite; mais, en même temps, les déterminations articulaires devenaient des phénomènes purement secondaires, pas plus étranges que ceux qui succèdent, par exemple, à la gonorrhée ou à la dysenterie. De Lapersonne, dans sa thèse d'agrégation sur les arthrites infectieuses (Paris, 1886), en rapporte deux observations : l'une, empruntée à Gaucher, l'autre, à Brouardel, qui, toutes deux, sont des observations très nettes d'arthrites suppurées consécutives à des angines. Mais le rhumatisme a parfois de telles allures, que l'on devait bientôt se demander si, vraiment, sa pathogénie doit être rapprochée de celle de la

goutte, attribuée à une évolution vicieuse de la nutrition. Il faut compter le professeur Jaccoud parmi ceux qui, en France, ont le plus contribué à faire du rhumatisme une variété de septicémie (voir *Gazette des Hôpitaux*, 1888, et *Semaine médicale*, 4 octobre 1889).

Les recherches bactériologiques de Hueter, Klebs, Leyden, Lyon, Achalme, Lafitte, Triboulet et Coyon, Thiroloi, etc., sans mettre définitivement hors de doute l'agent pathogène, semblent cependant démontrer que les arthrites rhumatismales sont bien dues, en réalité, à un agent microbien[1]. Voici le résultat des investigations d'Achalme chez un malade qui, à la suite d'une angine, eut un rhumatisme articulaire, et succomba à des complications cérébrales : « Parmi les ensemencements faits sur bouillon de bœuf, et dans le vide atmosphérique produit par une trompe puissante, la sérosité péricardique et le sang du cœur donnèrent seuls des résultats positifs. Les autres restèrent stériles.

Les cultures obtenues avec les deux premiers liquides étaient identiques et présentaient les caractères suivants : au bout de 24 heures, trouble abondant et homogène du bouillon. En imprimant une secousse au tube qui les renferme, on amène la production, dans le milieu, d'ondulations soyeuses, phénomènes assez fréquents dans les cultures bacillaires abondantes.

Plus tard, les micro-organismes se sédimentent. Le bouillon redevient clair et il se forme un dépôt blanchâtre au fond du tube.

Ces cultures, que l'examen microscopique démontrait être formées d'une seule espèce bacillaire, dégageaient une odeur âcre, caractéristique, en tout semblable à celle que nous avons signalée à l'ouverture du sac péricardique.

[1] La plupart des auteurs qui ont précédé Achalme ont trouvé des cocci libres ou en chaînettes (staphylocoques ? streptocoques ?).

Nous obtînmes facilement des secondes cultures sur bouillon de bœuf. Mais le micro-organisme refusa de se développer soit sur pomme de terre, soit sur agar.

Sur gélatine à 21°, la culture est assez intéressante. Pendant les deux ou trois premiers jours, on ne note, en effet, aucun développement. Puis vers le quatrième ou cinquième jour on trouve la gélatine complètement liquéfiée, bien que sa transparence ne soit pas troublée et qu'il n'y ait eu aucun développement appréciable à l'œil nu. Au microscope, néanmoins, on trouve quelques rares bacilles dont le développement a suffi à produire la liquéfaction rapide de tout le tube.

Sur peptone, sur sérum, sur bouillon de veau, le bacille se développe, mais moins abondamment que sur le bouillon de bœuf, qui semble être son milieu de prédilection.

Ce micro-organisme doit être rangé parmi les microbes strictement anaérobies. Il ne se développe jamais au contact de l'air ; bien plus, si on ouvre un tube contenant une culture récente de notre bacille, on voit qu'au bout de 24 heures de contact avec l'air, il est impossible de le repiquer. Les cultures anciennes sont plus résistantes, fait que nous attribuons à la formation ultérieure de spores

Au microscope, les cultures récentes se montrent composées de bacilles volumineux, peu mobiles, assez réguliers comme diamètre et comme longueur. Ils sont isolés ou unis à deux ou trois par leurs extrémités. On ne voit aucune véritable forme filamenteuse. La grosseur et la longueur de chaque élément sont un peu inférieures à celles du bacillus anthracis. Les extrémités sont plus effilées, presque coniques.

Dans les cultures anciennes, les formes sont moins régulières et on voit nettement deux ou trois spores dans l'intérieur de chaque élément.

Ce bacille prend bien les couleurs d'aniline. Il se colore

très bien par le bleu de Lœffler et ne se décolore pas par la méthode de Gram ou de Weigert, ce qui rend facile sa recherche sur les coupes.

On le retrouvait seul sur des lamelles faites avec le liquide du péricarde. Il y était mélangé à des hématies et à quelques leucocytes.

Sur des coupes des valvules mitrales et aortiques, on le trouvait surtout abondant au niveau de la couche fibrineuse qui recouvrait le tissu fibreux. La structure histologique de cette couche était assez curieuse, car elle était uniquement formée de stratifications très finement fibrillaires, contenant des bacilles disséminés sans ordre, mais aucun élément anatomique colorable. Le tissu propre valvulaire n'avait pas été épargné, et les faisceaux fibreux étaient, jusqu'à une certaine profondeur, dissociés par des séries de bacilles placés bout à bout, formant une disposition très élégante.

On retrouvait également les microbes en grande quantité sur des coupes intéressant le myocarde et le feuillet viscéral du péricarde. Ils semblaient surtout abondants immédiatement au-dessous de la séreuse, où ils formaient de volumineux amas, principalement autour des vaisseaux sanguins. Les espaces lymphatiques intermusculaires en contenaient aussi un grand nombre, surtout dans les parties les plus superficielles. Les fibres musculaires étaient très altérées : l'aspect strié avait complètement disparu et il était impossible de colorer électivement les noyaux Il y avait, du reste, peu de réaction cellulaire, et c'est tout au plus si l'on trouvait çà et là, au-dessous de la séreuse péricardique, de petits amas de leucocytes en diapédèse. »

En 1892, Ferras attirait l'attention de la Société française de laryngologie (4 mai, voir Revue hebdomadaire de laryngologie, 1892, p. 476) sur un cas de rhumatisme ayant succédé à une angine, et ayant été accompagné d'une endo-

cardite, d'un érythème purpurique, d'une myosité du biceps. Nous la rapportons dans notre thèse.

Un an après, de Saint Germain fils faisait dans sa thèse (Etude clinique et expérimentale sur la pathogénie du rhumatisme articulaire aigu, Paris, 1893) une étude très intéressante et très complète de l'angine dite rhumatismale. « Dans la majorité de nos observations, dit-il, la fluxion pharyngée a précédé les douleurs articulaires de deux ou trois jours. Il est, croyons-nous, exceptionnel de voir, comme dans notre observation III, le début de l'angine devancer huit à dix jours l'apparition de la polyarthrite. » Cette assertion s'accorde peu, comme on le voit, avec celle émise par Lasègue et ses élèves. Il diffère encore d'avis avec ceux-ci en admettant que, bien que le type Stoll-Franck soit acceptable dans un grand nombre de cas, il n'en est pas cependant toujours ainsi : « Nous n'avons pas remarqué que cette intensité exagérée des phénomènes douloureux fût la règle. » L'œdème des parois de la gorge signalé par Lasègue, Fernet, Lagoanère, Piponnier, Besnier, etc., ne serait pas bien important, car jamais il n'a pu en observer des cas où le gonflement des tissus ait été réellement bien accentué. D'autre part, bien que le plus souvent l'angine dite rhumatismale soit une angine *rouge*, parfois elle pourrait, dit-il, être blanche par suite du dépôt d'un léger exsudat pultacé, ainsi qu'il l'a constaté chez deux malades dont il rapporte les observations. Les amygdales, fréquemment intactes, présenteraient cependant parfois des lésions assez sérieuses. Chez beaucoup des patients qu'il a examinés, il a constaté l'existence d'une albuminurie transitoire. Quant au cantonnement habituel, « l'angine rhumatismale reste en général localisée à l'isthme du gosier et à la paroi postérieure du pharynx » S'il note l'envahissement possible des fosses nasales et des trompes d'Eustache, il signale aussi celui du larynx, si énergiquement

nié par Lasègue Quant à la *marche*, « loin de disparaître brusquement comme elle a débuté, l'angine rhumatismale traîne volontiers, et ne quitte le pharynx que lentement, progressivement, après avoir présenté, dans certains cas, des alternatives de rémission et d'aggravation. Sa marche me paraît nettement influencée par l'apparition des manifestations articulaires ou viscérales. Sa durée moyenne est de huit jours au moins. Il n'est pas rare de lui voir dépasser cette limite et persister (voir obs VII) jusqu'à la fin de la maladie ». Enfin, quant à sa fréquence, il l'aurait constatée dans un bon tiers des rhumatisants qu'il a observés

Auclair (Bulletin médical 1893), dans une bonne mise à point de la question, a émis des idées à peu près analogues à celles de Saint-Germain.

Enfin, en 1899, Gallois (Bulletin médical, 1899, n° 4), rappelant la doctrine infectieuse du rhumatisme, a beaucoup étendu le domaine de la porte d'entrée de celui-ci au niveau du pharynx, puisqu'il incrimine non seulement l'amygdale palatine comme ses prédécesseurs, mais encore la tonsille pharyngée et même les fosses nasales et la caisse, par exemple dans les cas de rhinite ou dans les cas d'otites purulentes chroniques. Il ne faut pas oublier, en effet, que l'amygdale palatine n'est, en somme, qu'une partie de l'anneau de Waldeyer dont elle ne se distingue par aucune particularité anatomique ou physiologique. On ne voit pas bien pourquoi les autres amas de tissu lymphoïde qui contribuent aussi à constituer ce dernier ne pourraient pas jouer le même rôle. Cet ostracisme serait d'autant moins justifié, que, pour la tuberculose par exemple, les végétations adénoïdes peuvent être un des sièges primitifs du mal : « Si ce rôle des rhino-pharyngites chroniques se vérifiait, cela permettrait de comprendre un certain nombre de particularités du rhumatisme. L'hérédité du rhumatisme dans certains cas,

s'expliquerait par l'hérédité des adénoïdes. Les récidives de ces affections pourraient être interprétées par la persistance d'une affection chronique de la gorge, qui reste une porte d'entrée permanente à l'infection rhumatismale. Le rhumatisme articulaire aigu est surtout une affection des jeunes sujets, comme d'ailleurs toutes ces affections chroniques du nez ou du pharynx. » Malheureusement, l'auteur n'a pu étayer ses conceptions si intéressantes [1] par des observations tout à fait convaincantes, ainsi que le fait remarquer Brindel (Revue hebd. de laryngologie, 1899), bien qu'il ait fait à ce sujet des constatations intéressantes dans le service de laryngologie de l'hôpital Lariboisière, consignées dans la thèse de Leteinturier de Lachapelle (Thèse Paris. 1897). Dans un travail plus récent, il a signalé l'apparition d'arthrites à la suite d'opérations endonasales Or, comme des faits de ce genre ont été signalés à plusieurs reprises à l'étranger, on peut admettre, avec lui, qu'avant de faire une opération dans les fosses nasales, il sera bon de se renseigner sur les antécédents personnels et sur l'hérédité; le champ opératoire devra être désinfecté avec une rigueur absolue, pour éviter une infection par les germes pathogènes du rhumatisme, qui semblent, dit-il, siéger en permanence dans les fosses nasales ou les cavités annexes [2].

Enfin, Escat dans son Traité des maladies du pharynx, s'est montré partisan convaincu de la polymorphie des accidents angineux qui précèdent la polyarthrite rhumatismale ; idées qui trouvent de plus en plus de l'écho soit en France, soit à l'étranger.

[1] Escat a confirmé en partie les vues de Gallois, puisqu'il a dit avoir observé des accidents rhumatismaux après une amygdalite linguale.

[2] Le rôle des adénoïdites a été nettement incriminé récemment par plusieurs auteurs étrangers, notamment par Schniegelow, de Copenhague.

Auteurs Anglais. — Parmi les précurseurs, nous avons signalé déjà les Anglais Musgrave et Heberden. Nous pourrions y ajouter encore Haygarth qui, dans son Essai sur le rhumatisme, en 1805, dit que les individus sujets aux angines ont fréquemment du rhumatisme aigu.

Il faut cependant reconnaître que les médecins de langue anglaise se sont occupés en réalité assez tard de cette question, puisque la communication de Thoterick date de 1873. Le premier parmi les écrivains médicaux britanniques récents, si on en excepte une observation d'Ogston contemporaine de celles de Fernet, il attira l'attention de ses compatriotes sur l'angine rhumatismale (V. Birmingham and Midland counties branch generalmeeting, 13 février 1873, *in British med. Journal*, 1873, p. 236, vol. 1). Il fit observer la coïncidence véritablement remarquable de l'angine et du rhumatisme dans certaines régions. Il a constaté que les membres de quelques familles étaient atteints les uns d'une affection pharyngée, les autres d'arthrites rhumatismales, et cela d'une façon contemporaine. Enfin l'angine précéderait souvent les manifestations rhumatismales. Ces deux affections seraient donc très voisines et devraient, peut-être, se confondre dans la même entité morbide.

Dans son Traité des maladies de la gorge, etc. (2e édition, 1878), Lennox Brown a insisté beaucoup sur les rapports étroits qui existeraient entre l'angine et le rhumatisme; mais c'est surtout Kingston-Fowler qui a attiré l'attention des médecins britanniques sur la question (*Lancet* II, 1880, p. 938), en affimant que 80 °/₀ des rhumatisants avaient eu précédemment une angine. Peu après Stewart (*British med Journ.*, 1880, I) affirmait, en même temps que Bouchard, qu'il dépassait en hardiesse, que le rhumatisme articulaire aigu n'était qu'une septicémie relevant d'une infection primitive tonsillaire auriculaire, gonorrhéique, anale (fistule à l'anus).

Tood avait déjà invoqué la fièvre puerpérale et les maladies utérines comme cause possible de rhumatisme. Manlhe (*British med. Journ.*, 1886) soutint une doctrine presque analogue et cita plusieurs faits à l'appui, qui paraissaient assez probants. La question de l'angine tonsillaire fut mise à l'ordre du jour par l'Association britannique, et, quoique résolue temporairement par la dubitative, le rapporteur, Wipham, insista sur la nécessité de se préoccuper de plus en plus de ce sujet.

Haig Brown (Tonsillitis, its varieties and relations to rheumatism, *British medical association*, 1889. Leeds V. *British med. Jour.*, 1889, II, p 582) pense que les deux maladies relèvent de causes septiques, par exemple d'égouts mal établis ou d'un fonctionnement défectueux. Dans un grand établissement où il en était ainsi, les amygdalites et les rhumatismes furent un moment très fréquents, puis disparurent après l'établissement de conditions hygiéniques meilleures Dans soixante-dix-neuf cas de rhumatisme aigu qu'il a observés, vingt-huit fois il y a eu dans la période prodromique une angine bien nette. D'ailleurs, l'angine comme le rhumatisme, s'accompagnerait fréquemment de complications viscérales semblables, telles qu'*endocardite*, comme l'ont constaté Cheadle et Osler.

Dans la même séance, Garrod fils s'est affirmé nettement partisan de l'hypothèse d'une infection tonsillaire. Après un court mais remarquable exposé historique, il aborda l'étude clinique de l'angine dite rhumatismale, et déclara, contrairement à Trousseau et à Lasègue, que la symptomatologie de l'angine était le plus souvent peu accusée, c'est-à-dire que l'inflammation était très bénigne. Aussi, le plus souvent, les malades ont-ils oublié les légers troubles dysphagiques dont ils ont été atteints lors de l'apparition des arthrites rhumatismales. Chez les enfants, la forme folliculaire serait

fréquente ; chez les adultes, il y aurait soit simple congestion pharyngée, soit tuméfaction tonsillaire plus ou moins accusée.

La fréquence de l'angine rhumatismale prodromique irait de 21 °/₀ (Green) à 80 °/₀ (Kingston, Fowler).

Il aurait constaté l'affection dans le tiers environ des cas de rhumatismes qu'il a observés. Suivant Fagge, cette proportion serait de 24 °/₀. Wadden, qui prit aussi la parole, affirma, d'autre part, que tous les cas de rhumatismes aigus ou chroniques s'accompagnaient, à un degré variable, de congestion pharyngée.

Abraham (*Brit. med. Journ.*, février 1899) a admis récemment les propositions suivantes : « Les maux de gorge, d'origine rhumatismale, peuvent être divisés en deux catégories principales : l'érythème du pharynx et l'amygdalite proprement dite. L'érythème du pharynx est plus répandu chez l'adulte et l'amygdalite chez l'enfant; elle affecte alors le type folliculaire ; l'esquinancie est plus fréquente chez les sujets plus âgés. L'érythème du pharynx est une manifestation initiale du rhumatisme aigu, tandis que l'amygdalite peut constituer la lésion primitive. On a observé de nombreux cas où l'*endocardite* avait suivi une amygdalite non scarlatineuse, accompagnée de douleurs intenses ; souvent aussi l'amygdalite précédait immédiatement une crise de *chorée* ou d'arthrites.

La présence des mêmes micro-organismes dans les amygdales, les articulations, le sang et l'urine, plaiderait en faveur de la participation des cocci pyogéniques à l'étiologie du rhumatisme.

Auteurs allemands. — Pendant longtemps, les auteurs allemands semblèrent négliger l'étude de l'angine précédant la polyarthrite et se contenter, sur ce point, des don-

nées de Stoll et de Frank. Cependant, en 1857, dans un article sur l'amygdalite aiguë dans l'*Allgemeine Wiener Zeitung*, Skoda nia l'existence de celle-ci, s'appuyant surtout sur ce fait qu'il était impossible de savoir ce qu'était véritablement le rhumatisme, et par conséquent ce qui lui appartenait en propre. Dans son étude clinique du rhumatisme articulaire aigu, Lebert nota cependant l'existence fréquente d'une angine prémonitoire (*Klinik der acutus Gelenk* rheumatismus. Erlangen, 1860). Il en est de même de Wagner (*Ziemssen Handbuch*, etc., VII, 1874) et de B. Fraenkel qui, dans la Real *Real Encyclopedie* d'Eulenburg, se contente de signaler les auteurs français disant qu'il n'a jamais observé, pour son compte, cette variété d'angine.

Mais, à partir de Fiedler les travaux de langue allemande sur ce sujet deviennent très nombreux. Fiedler, à propos d'une communication sur la pathogénie de la pleurésie à la Société de médecine et d'histoire naturelle de Dresde, affirma, en 1891, que l'agent pathogène du rhumatisme devait avoir sa porte d'entrée au niveau des amygdales palatines (V. *Vortraege für der Gesellschaft f. Natur. und Heilkunde*, 1890). En 1894, Roos publia dans le *Berliner Klinische Wochenschrift* un article très documenté où il combattit l'acceptation d'un type clinique unique, celui de Stoll-Franck, seul accepté, ou à peu près, par Trousseau et par Lasègue. Comme plusieurs auteurs anglais et comme Besnier, il signala l'existence d'autres variétés, par exemple de l'angine phlegmoneuse, de l'angine folliculaire, phlycténulaire, pultacée, idée qui avait été déjà émise un an auparavant en France par de Saint-Germain. En 1895, Burs, dans le *Deutsche archiv. für Klinische medicin*, assimila nettement comme Steward et Mantle, en Angleterre, le rhumatisme articulaire aigu franc au pseudo-rhumatisme infectieux et fit des amygdales palatines la porte d'entrée habituelle du mal. Il pouvait déjà

s'appuyer sur les recherches de Guttmann (Zur Etiologie der Acuten gelenkrheumatismus. *Deutsche medicinische Wochenschrift*, 1886) et de Sahli (Zur Etiologie der Acuten gelenkrheumatismus. *Correspondenz-Blat für Schweizer*, Aertze, 1892) qui, tous deux, avaient trouvé des cocci dans les articulations enflammées, c'est-à-dire des microorganismes qu'on rencontre habituellement dans les tonsilles.

Katz, rappelant à la Société de médecine de Nurenberg, en 1899, combien, à l'heure actuelle, on tendait à considérer la gorge comme une des portes d'entrée principales de l'infection, admit que l'amygdalite agissait bien sur les articulations, mais seulement par ses toxines et non par ses microbes, soutenant ainsi une opinion très séduisante qui a été soutenue, en France, par Bordas, Triboulet et Coyon. Si beaucoup d'amygdalites restent à l'état d'incident purement local, cela tient à ce que les phagocytes de ces glandes ont pleinement réussi dans leur rôle protecteur. En tout cas, dans 30 °/₀ des rhumatismes, on constaterait, dans le début de l'affection, l'existence d'une angine à type clinique variable.

Minssen (Thèse de Kiel, 1901) rappelle que ce chiffre varie étrangement suivant les auteurs, puisqu'il oscille entre 17 °/₀ et 80 °/₀ ; mais que, néanmoins, l'énorme quantité d'observations que l'on peut recueillir dans la littérature médicale prouve indubitablement des relations étroites entre ces deux affections. Sur 190 rhumatisants aigus observés, de 1894 à 1901, dans le service de Quinke, à Kiel, on a pu constater vingt-cinq fois, d'une façon des plus nettes, la présence d'une phlegmasie pharyngée. Étudiant l'espace de temps maximum qui s'étend entre l'apparition de l'angine et celle des polyarthrites, il a trouvé, dans dix cas, une durée de trois à quatre semaines; celle-ci a été de huit à neuf jours, en moyenne. Par conséquent, il ne faudrait pas

incriminer les amygdalites, quand il y a plusieurs mois entre les deux sortes d'accidents morbides, comme l'ont fait, à tort, quelques auteurs anglais. Lors même qu'il y a plusieurs semaines, il faut invoquer un mécanisme spécial, celui de l'infection tardive d'une crypte amygdalienne restée malade pendant que le reste de la glande avait guéri. Celle-ci n'aurait succombé qu'à la longue. Trois fois le type de l'angine a été lacunaire, et onze fois catarrhale ; cette dernière variété semble donc, de beaucoup, la plus fréquente. Du reste, les phénomènes accusés, signalés par Trousseau, ne seraient pas aussi fréquents que cet auteur l'avait supposé.

Gurich incrimine, au contraire, surtout l'angine *lacunaire*. Ce serait dans les cryptes amygdaliennes que le virus rhumatismal stationnerait, s'élaborerait, pour pénétrer, à un moment donné, quand les phagocytes ont succombé, dans le torrent circulatoire, puis dans les articulations qui présentent un *locus minoris resistantiæ*. Les troubles angineux peuvent être si légers, que souvent ils passent complètement inaperçus. Pour empêcher les récidives du rhumatisme articulaire, il faut arriver à guérir complètement les cryptes tonsillaires, et, pour cela, aller soigneusement à la recherche des bouchons amygdaliens Enfin, comme Haig Brown, il insiste sur l'existence fréquente de l'endocardite dans les angines avec ou sans polyarthrite rhumatismale.

A l'heure actuelle, les faits de ce genre sont fréquemment signalés soit dans les périodiques, soit dans les Sociétés savantes. Ainsi, à la Société danoise d'otologie (V. Arch. Internat. de laryng , novembre 1904 , Schmiegelow, après beaucoup d'autres, a nettement incriminé les végétations adénoïdes.

PATHOGÉNIE DE L'ANGINE DITE RHUMATISMALE

Il est bien certain que, suivant l'idée que l'on se fait du rhumatisme, on admettra un mécanisme pathogénique fort différent.

Avec les théories anciennes, il ne peut s'agir que d'un symptôme précoce, comme pour beaucoup de manifestations pharyngées dues à des maladies générales, mais enfin symptôme. Lasègue, Peter, Besnier et d'autres encore, en faisaient un érythème de la muqueuse compliqué d'un rhumatisme des muscles pharyngés. L'hypothèse, qui fait de la polyarthrite rhumatismale une maladie de la nutrition *sui generis* assez analogue à la goutte, et due, comme elle, à un ralentissement du métabolisme physiologique, s'appuie sur une série de considérations d'une valeur sérieuse. Il serait prématuré et antiscientifique d'accueillir par un haussement d'épaule une doctrine qui a eu, à une période très rapprochée de nous, de si bons répondants, et, lorsque la nature exacte du rhumatisme articulaire aigu franc est encore si mal connue. Pourquoi, en effet, si on admet exclusivement l'action des germes pathogènes, les arthrites revêtent-elles, non le type pyoémique, mais une allure infiniment plus bénigne? Comment ne pas tenir compte de l'hérédité, d'un tempérament inné ou acquis spécial, qui ne trompe pas le clinicien? et, d'ailleurs, l'angine rhumatismale ne précède pas toujours les manifestations articulaires, elle peut leur être contemporaine, ou même postérieure. N'est-on pas

obligé, dans ce dernier cas, quand il ne s'agit pas d'une amygdalite bénigne, en quelque sorte réchauffée et aggravée, de supposer que le rhumatisme, quelle que soit son essence, s'est fixé secondairement sur le gosier comme l'aurait fait la syphilis ou la fièvre typhoïde ?

Si le rhumatisme articulaire aigu est une infection comme le veulent Jaccoud, Stewart, Mantle, Katz, Buss, on est conduit tout naturellement à admettre que l'infection se produit au niveau des amygdales palatines qui leur serviraient, en quelque sorte, de porte d'entrée habituelle. Avec nos tendances actuelles, il est certain que cette dernière opinion a le plus de chance de prévaloir.

Elle s'accorde avec une foule de faits semblables que l'on a constatés au cours d'autres maladies, et, d'autre part, il est indubitable que beaucoup de soi-disants rhumatismes articulaires aigus francs sont des pseudo-rhumatismes infectieux. Rappelons qu'un certain nombre d'arthrites, succédant aux angines, ont manifestement le type pyohémique, et que, d'autre part, certaines inflammations gutturales aboutissent nettement à la pyohémie. Ainsi, pour un certain nombre de cas, on doit admettre sans conteste que les phlegmasies articulaires relèvent d'une infection. Mais est-ce vrai pour tous les cas ? C'est ici que le doute surgit, malgré tout le séduisant des théories nouvelles. D'abord, quel est ce micro-organisme pathogène du rhumatisme articulaire aigu, dont l'existence serait si nécessaire pour étayer la doctrine ? Les uns trouvent des staphylocoques, les autres des streptocoques, des pneumocoques, des bacilles (Achalme). Il est difficile de s'y reconnaître parmi des microbes si polymorphes, qui tous paraissent pouvoir agir dans certaines circonstances déterminées. Aussi, en désespoir de cause, Charrin (Soc. de biologie, 3 mars 1900) a-t-il soutenu qu'il n'y a pas de microbe spécifique, mais des agents pathogènes les plus

variés, pouvant tous pénétrer au niveau du pharynx, puis dans le torrent circulatoire, et créer, au niveau des séreuses viscérales ou articulaires, des inflammations exsudatives de type différent. Il existerait donc plusieurs variétés de rhumatisme, comme il y a plusieurs variétés d'amygdalite, de pleurésie, etc. Bordas, en France ; Katz, en Allemagne, ont eu recours à une explication plus radicale pour expliquer l'échec actuel des recherches bactériologiques. Ils nient, au niveau des articulations, l'existence de microorganismes, et admettent que ceux-ci ne se trouvent que dans les amygdales, où ils sécrètent des *toxines*. Celles ci, entraînées par le torrent circulatoire, agiraient directement, ou par l'intermédiaire du système nerveux, sur certaines articulations spécialement prédisposées. Nous avouons pencher vers la doctrine de l'infection, parce que celle-ci nous paraît expliquer le plus simplement l'antécédence de l'angine, et parce qu'elle est le mieux d'accord avec le courant actuel de nos idées. Mais il faudra la compléter par les notions cliniques et la faire mieux cadrer avec l'idée d'un *terrain* spécial sur lequel le microbe évolue, idée de terrain aussi importante que celle du microbe, que la clinique semble démontrer, que l'Ecole de Montpellier a toujours soutenue, comprenant que l'organisme n'a pas la passivité que quelques-uns lui supposent, théorie que Bouchard et ses élèves tendent de plus en plus à mettre en lumière dans le domaine de la pathologie générale. En tenant compte des réactions de l'organisme, les cas, en somme nombreux, il faut bien l'avouer, où les accidents gutturaux semblent faire absolument défaut, peuvent s'expliquer assez facilement, même si l'on ne fait point remarquer, et ceci semble parfaitement exact, que rien ne prouve que le micro-organisme pathogène pénètre toujours forcément par le gosier ; rien n'autorise non plus à localiser la porte d'entrée exclusivement aux amygdales palatines, le

reste de l'anneau de Waldeyer paraissant capable de jouer le même rôle, et on peut aussi incriminer vraisemblablement les fosses nasales et la cavité tympanique. Enfin, comme le mal peut se cantonner aux cryptes tonsillaires, l'amygdale peut être le siège de lésions pour ainsi dire masquées, somnolentes, larvées, qui, à un moment, aboutiraient au passage du microbe spécifique du rhumatisme, s'il y en a un, dans le torrent circulatoire. En un mot, c'est dans les diverticules des fosses nasales, dans les clapiers situés entre les végétations adénoïdes, dans la caisse tympanique, dans les cryptes de l'amygdale palatine, que semblent se préparer soit les microbes à virulence spéciale, soit les toxines particulières, sous l'influence desquels survient la polyarthrite rhumatismale, et on peut se demander si, sous l'influence des humeurs bactéricides de l'économie et des attaques incessantes des phagocytes, fort nombreux en ces régions essentiellement lymphoïdes, il ne se fait pas, en ces recoins tranquilles, des sortes de culture atténuée

Quel est ce *terrain spécial* dont tout démontre l'importance? La chimie et l'histologie sont trop peu avancées pour nous fournir sur ce point des renseignements satisfaisants, mais la clinique semble pouvoir être de quelque secours. Elle nous décèle le rôle dans beaucoup de cas de l'hérédité, du surmenage, de la suppression de l'élimination cutanée par le froid humide. Peut-être aussi faudrait-il invoquer une sorte d'intoxication septique chronique par suite de l'absence ou du mauvais fonctionnement des égouts. On pourrait s'expliquer ainsi les maisons et même les quartiers à rhumatisme signalés par les Anglais et par les Allemands. Or, dans ces locaux, Haig Brown a depuis longtemps signalé l'extrême fréquence des angines et des polyarthrites rhumatismales (voir l'historique). Certaines maladies dépriman-

tes semblent favoriser aussi les complications articulaires des angines.

Ainsi nous avons constaté que les angines bien caractérisées, suivies de rhumatismes (les seules, et pour cause, dont le médecin puisse se rendre compte), étaient beaucoup plus fréquentes à certains moments qu'à d'autres. Il est positif qu'en certains mois on assiste à ce qu'on pourrait appeler assez improprement des sortes d'épidémies de rhumatisme. Ces faits ont frappé depuis longtemps les cliniciens. Chomel a été un des premiers à en soutenir la possibilité, qui a été admise ensuite par Lebert, de la Harpe, Warrentrop. Puis, Lange (Copenhague) et Mantle sont revenus sur cette question, et récemment Newsholme, étudiant la courbe des cas de rhumatisme relevés depuis trente ans dans les comtés d'Angleterre, et aussi dans le reste de l'Europe, s'est montré assez affirmatif à cet égard. Widal (Traité de médecine de Brouardel et Gilbert), tout en regardant comme inexact, ce terme d'épidémie, reconnaît que le rhumatisme est plus fréquent à certains moments qu'à d'autres. A Kiel, Edlefsen a observé que le rhumatisme se montrait surtout à certaines périodes. Mêmes constatations par le Français Fressenger à Oyonnax. Autant qu'il nous a été possible de nous en rendre compte, il nous a paru que les angines suivies de rhumatismes se voyaient surtout en temps de grippe. Nous ne pouvons donner, bien entendu, que des impressions. Pour avoir une certitude complète, il faudrait une masse de faits beaucoup plus considérables que les nôtres et mieux contrôlés. En tout cas, si ceci était exact, cela n'aurait point lieu d'étonner outre mesure, car l'influenza, comme on le sait, favorise d'une façon très nette les infections secondaires.

FRÉQUENCE DE L'ANGINE DITE RHUMATISMALE

La fréquence des angines précédant la polyarthrite, suffisamment caractérisées pour attirer l'attention du malade et du médecin (nous n'avons pas seulement en vue le type Trousseau-Lasègue, relativement rare, n'est certainement pas aussi considérable que l'a soutenu Kingston-Fowler 80 % des cas de rhumatisme[1], en dehors peut-être des époques auxquelles nous avons fait allusion. D'ailleurs, il semble bien, comme nous l'avons dit plus haut, que le microbe ou la toxine n'ont nullement besoin de déterminer une amygdalite bien caractérisée pour pénétrer dans l'organisme. La phlegmasie gutturale, qu'on devrait considérer très probablement comme un mode de réaction plus ou moins salutaire de l'organisme, s'observerait à peine dans le tiers, ou même le quart des cas, si nous nous en rapportons à notre observation personnelle et à l'ensemble des relevés recueillis par nous dans la littérature médicale. Assez souvent, par contre, nous avons constaté que les rhumatisants étaient atteints d'angine lacunaire, mais sans pouvoir donner des chiffres proportionnels rigoureux. Quelle est la proportion, chez les malades atteints de polyarthrite, de végétations adénoïdes, de rhinites et d'otites purulentes chroniques ? Voici des questions très importantes avec les idées nouvelles, et auxquelles il est impossible de donner actuellement de réponse satisfaisante, mais qu'il faudra résoudre.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Quelle est la nature des lésions gutturales et articulaires ? Il est impossible, faute de matériaux, de répondre à la première de ces questions, l'angine dite rhumatismale ne tuant pas par elle-même et ayant disparu quand la mort survient par suite d'une de ses complications. Pour le pharynx, on en est donc réduit à raisonner par analogie et à supposer qu'à la similitude d'aspect clinique correspond une similitude des altérations morbides. Pour les lésions articulaires, nos notions sont plus positives. Tantôt on a devant soi les desordres anatomiques de l'arthrite suppurée, tantôt ceux beaucoup moins accusés de l'inflammation articulaire dite rhumatismale, depuis longtemps signalées par les auteurs. L'observation suivante montre quelle peut être l'intensité des destructions constatées.

Observation Première

Affection aiguë des articulations terminée par suppuration. (*Bull. Soc. méd. des hôpit.*, 1853, p. 115, par Caron).

Le 31 mai 1853, à l'hôpital Sainte-Marguerite, se présente un homme de 39 ans, de forte constitution, à muscles bien développés, à cheveux bruns, peau brune et colorée.

Cet homme a toujours joui d'une bonne santé, il n'a rien éprouvé du côté des organes respiratoires, ni du côté du cœur ; il n'a jamais eu de rhumatismes articulaires.

Les seules maladies qu'il ait été possible de constater dans ses antécédents sont de fréquentes blennorragies qui toutes ont été fort mal soignées. Nous avons pu nous convaincre qu'il n'en existait pas lors de son entrée; la dernière remontait à une époque éloignée du début des accidents articulaires.

Sa profession consiste à prendre des abonnements à domicile. Il demeure à Paris depuis longtemps, et habite dans un quartier sain. Logement bien aéré et exposé au soleil.

Sa nourriture a toujours été abondante et de bonne qualité ; mais il se livrait assez souvent à des excès de boisson et de femmes.

Sa mère est morte d'une affection cancéreuse, son père mort dans un âge avancé sans qu'il ait été possible de savoir de quelle maladie. Ni l'un ni l'autre n'étaient sujets au rhumatisme.

25 mai. — Notre malade était bien portant; le 26, il fut pris de céphalalgie et de courbature, l'appétit se perdit, la bouche devint pâteuse ; *une légère gêne se fit sentir lors de la déglutition.*

Il resta quatre jours chez lui sans faire aucun traitement, et quand il entra à l'hôpital nous le trouvâmes dans l'état suivant : peau fraîche et sans sueur, pouls calme, aspect général excellent.

Céphalalgie, absence de sommeil, sentiment de lassitude dans les membres et les reins, anorexie, soif modérée, langue large, humide, couverte d'un enduit blanc jaunâtre, surtout à la base. Goût amer et pâteux de la bouche ; quelques nausées sans vomissement ; un peu de constipation. Il tousse depuis le 26, n'a pas d'expectoration. Aucune diminution de son dans la poitrine; en arrière, on y constate une respiration vésiculaire et pure dans toute la hauteur.

Il éprouve une légère gêne dans tous les mouvements de déglutition ; les amygdales sont un peu tuméfiées, surtout celle de droite. La luette et les bords du voile du palais sont d'un rouge assez vif et légèrement augmentés de volume ; il n'existe aucune douleur au niveau des angles des mâchoires, mais à droite du cou, un paquet de ganglions engorgés et douloureux, sans changement dans la couleur, ni la consistance de la peau qui les recouvre.

1er juin. — Même état. On lui prescrit : guimauve sp., poudre d'ipéca, 1 gr. 50 en 3 doses. Diète.

2. Peau fraîche, pouls calme, malade sans fièvre, se plaint de ne pas dormir ; il a abondamment vomi sans rien présenter de particulier ; n'a presque pas eu de selle ; il a pu se lever et marcher pour aller à la garde-robe.

L'état de la langue et l'anorexie sont les mêmes ; la rougeur, la tuméfaction des amygdales et la gêne de la déglutition persistent ; pas de douleurs aux angles des mâchoires ; ganglions moins volumineux, et la peau qui les recouvre n'est ni rouge, ni douloureuse. La respiration n'est point gênée ; la sonorité de la poitrine est égale et bonne des deux côtés et dans toute la hauteur en arrière. Le murmure vésiculaire est moelleux et pur ; à peine de temps en temps quelques râles sibilants.

Guimauve, eau de Sedlitz une bouteille, gargarisme vinaigré. Diète.

3 juin. — L'eau de Sedlitz a déterminé deux ou trois selles; mais le malade, au lieu de satisfaire ce besoin dans la salle, a eu l'imprudence de traverser les salles et de se rendre aux latrines ouvertes sans prendre d autre vêtement que sa capote; a eu un peu froid.

Le matin on ne trouve pas de fièvre, peau fraîche et pouls calme ; respiration normale, amygdales en le même état, ganglions du cou diminués de volume.

L'articulation du genou droit est gonflée ; on y reconnaît encore la forme de la rotule, mais au-dessus d'elle, on remarque deux saillies fluctuantes s'élevant de quatre à cinq travers de doigt, surtout en dedans de la cuisse.

La peau qui recouvre l'articulation n'a pas changé de couleur, la jambe est étendue. Les mouvements spontanés et communiqués sont très douloureux, la pression est insupportable.

Aucune autre articulation n'est douloureuse, ni gonflée.

Le même traitement, mais en plus 15 sangsues et des cataplasmes sur le genou malade.

Le soir, il a un peu de fièvre ; la peau est chaude et moite ; respiration légèrement accélérée.

Les piqûres des sangsues ont abondamment saigné et le sang coule encore.

L'état du genou est le même.

Aucune autre articulation des membres inférieurs n'est douloureuse ; mais, aux membres supérieurs, le poignet droit est arrondi, douloureux à la pression, et lors des mouvements, la peau est un peu rosée.

Les trois premières articulations métacarpo-phalangiennes de la main droite sont douloureuses, rouges et gonflées.

4 juin. — Décubitus dorsal ; élévation de la tête : face pâle, oppression considérable, au moins trente inspirations par minute.

Les amygdales rouges ne dépassent pas les piliers du voile du palais.

Pouls imperceptible aux radiales, à peine senti aux carotides, où il est irrégulier, intermittent, à 140 par minute.

Les battements du cœur sont sourds, profonds, tumultueux ; il est impossible de distinguer nettement les deux bruits

La matité à la région précordiale commence à la troisième côte, et présente de 6 à 7 cent. de haut en bas.

En avant de la poitrine, la respiration est vésiculaire et pure. En arrière, au sommet des deux poumons, diminution notable du son, surtout à gauche. A la base, la sonorité est également moindre qu'à l'état normal.

A l'auscultation, on trouve dans toute la hauteur de la poitrine des râles sous-crépitants et du râle crépitant, dont les bulles, fines et nombreuses, paraissent moins sèches que dans le râle crépitant de la pneumonie. Les râles ont leur maximum d'intensité au sommet du poumon gauche; il n'y a ni souffle, ni retentissement de la voix.

L'articulation du genou droit s'est affaissée, quoique plus volumineuse qu'à l'état normal, et présentant une fluctuation évidente. La douleur y est presque nulle.

Le poignet n'est pas plus gonflé que la veille au soir, offre moins de rougeur, est encore douloureux à la pression. La rougeur des articulations métacarpo-phalangiennes a disparu.

Potion à 50 centigr. de tartre stibié, saignée de 300 grammes.

4 juin. — A midi, les accidents ont rapidement augmenté. Orthopnée, face pâle; anxiété extrême, peau chaude au corps, froide aux extrémités, vomissements de matières brunes, comme sanguinolentes.

Mort à une heure du soir.

Autopsie le 6 juin. — Rien au cerveau; aux poumons rien, sauf congestion hypostatique intense; rien aux plèvres, au cœur, où les valvules étaient saines. Tube digestif sain, ainsi que le foie et la rate.

Genou droit. — A l'extérieur, l'articulation paraît arrondie et pleine de liquide; à l'incision, il s'en écoule une quantité qu'on peut évaluer à 60 ou 80 grammes, d'un liquide blanc jaunâtre, non filant, bien lié, et paraissant être du pus.

Tissu cellulaire extra-synovial, dans certains points, surtout en dedans, est rempli d'une sérosité jaunâtre transparente.

La synoviale elle-même est d'un rouge rosé dans presque toute son étendue.

Au niveau du condyle interne du fémur et du bord interne de la rotule, elle offre une coloration rouge vif.

Cette rougeur, uniforme dans quelques endroits, devient, dans d'autres, manifestement constituée par des vaisseaux sanguins infectés, dont le volume s'élève à 1/5me et même 1/4 de millimètre.

La synoviale paraît avoir conservé son épaisseur et sa transparence ; elle ne présente de fausse membrane qu'à la face articulaire du ligament extenseur ; encore celle-ci est-elle si terne qu'on ne peut la soulever sans la déchirer.

Les os sont sains. Le cartilage, au contraire, présente des altérations très variées

Sur le condyle interne du fémur, il est d'un rouge aussi intense que celui de la synoviale. Dans une largeur de un centimètre carré, il a perdu en grande partie son élasticité.

Mêmes altérations et dans une partie étendue sur le condyle externe, à sa partie la plus élevée.

Mais les désordres les plus considérables se voient dans la rainure inter-condylienne. Dans une étendue de 17 millimètres transversalement, sur 20 de haut en bas, le cartilage présente une dépression d'un millimètre, dont les bords sont irréguliers, mamelonnés, et dont le fond est constitué par le cartilage extrêmement ramolli et presque réduit en bouillie. Sa coloration est d'un blanc terne, légèrement jaunâtre A ce niveau et dans une étendue de 23 millimètres transversalement sur 30 de haut en bas, il y a perte complète d'élasticité.

Le cartilage rotulien présente à peu près les mêmes alté-

rations, si ce n'est que la perte de substances est moins considérable et le ramollissement plus marqué.

Toute la saillie médiane verticale de la rotule a perdu son poli et son élasticité, elle offre plusieurs mamelons cartilagineux, séparés les uns des autres par de petites pertes de substances et colorés en jaune rougeâtre ; à la partie interne, le cartilage rouge est dépourvu d'élasticité, forme une saillie d'un centimètre de base, dont le tissu est si mou qu'il tremble comme de la gelée.

De toute la rotule, il n'y a guère que la fossette externe et le bord inférieur où le cartilage ait conservé son élasticité.

La section perpendiculaire, comprenant les cartilages et les os, a démontré que les premiers étaient notablement épaissis. Cette épaisseur allait en mourant des parties malades, où elle était considérable, aux parties saines, où elle redevenait normale. L'altération était d'autant manifeste qu'elle se rapprochait de la surface libre du cartilage. A l'ouverture de l'articulation, la couche superficielle était constituée par la pulpe qu'enlevait le scalpel. Au-dessous, le cartilage était fortement désagrégé dans une épaisseur d'un millimètre. Près de l'os, il y avait plus de consistance et moins d'altération de couleur ; son adhérence à l'os était complète.

Genou gauche — La synoviale et le cartilage sont à l'état normal. On y trouve une cuillerée à dessert d'un liquide blanc jaunâtre, filant, ayant la couleur du pus.

Avec la même intégrité de l'articulation, on trouve un liquide semblable dans les articulations tibio-tarsiennes, des deux côtés, dans les deux articulations radio-carpiennes, dans celle du coude droit dans les articulations métacarpo-phalangiennes du médius et de l'annulaire de la main droite. Il manque au coude gauche ; il manque aussi au pouce et à l'index droits.

Examen des liquides par M. Robin. — Les deux tubes renferment du pus avec des globules pyroïdes, ou globules du pus sans noyaux abondants, comme cela est ordinaire dans les séreuses. Ils ne diffèrent l'un de l'autre que par ce fait : celui qui s'éloigne le plus des caractères ordinaires du pus renferme plus de sérum et plus de globules granuleux de l'inflammation que l'autre.

Le cadavre étant réclamé, nous n'avons pu ouvrir toutes les articulations Nous n'avons pu également enlever les surfaces articulaires, pour constater les modifications des cartilages.

La même circonstance nous a interdit les recherches étendues sur le système veineux.

DATE D'APPARITION DE L'ANGINE

Les auteurs s'accordent tous à admettre que, dans la grande majorité des cas, l'angine constitue un phénomène *initial*, mais que parfois aussi elle peut être *contemporaine* ou même *postérieure* aux premiers symptômes de polyarthrite. Mais quelle distance sépare l'apparition de la phlegmasie pharyngée de celle de la phlegmasie articulaire? Ici les avis diffèrent grandement; ainsi Trousseau indiquait un espace de deux à trois jours, Lasègue pense que les accidents guttuaux précèdent le rhumatisme de huit à dix jours en moyenne. A l'étranger, on s'est montré souvent encore plus large. Il est certain qu'il doit se faire un travail préparatoire dans le tissu amygdalien avant l'apparition des premiers indices d'infection articulaire, dont la durée semble singulièrement varier, suivant les sujets, suivant le degré de résistance des organes lymphoïdes atteints; mais dès qu'une inflammation bien nette s'est déclarée au niveau de la gorge, c'est que celle-ci a été sérieusement affectée, et, par conséquent, on ne saurait admettre un retard par trop prolongé des arthrites rhumatismales, de telle sorte que quinze jours, vingt jours au plus, seraient la limite extrême.

Angines rhumatismales sans rhumatisme. — Peut-on admettre cependant que l'infection tourne court, qu'elle avorte sans avoir pu atteindre les articulations? Rien ne s'oppose à cette hypothèse; et on peut même admettre, *à*

priori, son exactitude dans certains cas, en raisonnant par analogie à ce qui se passe dans d'autres affections. En se basant sur le tableau symptomatologique du mal, Lasègue avait depuis longtemps soutenu qu'il en est ainsi. Besnier s'appuyait sur un autre ordre de considérations, c'est-à-dire sur l'existence de symptômes bien nettement rhumatismaux, tels que rhumatisme musculaire, érythème noueux, ou de certaines complications telles que la pleurésie Haig Brown a insisté sur la fréquence assez grande de l'endocardite qu'avaient déjà notée Cheadle et Ogle. L'observation suivante, empruntée à Ferrand (thèse de Paris, 1862), est un bel exemple, croyons-nous, de cette angine rhumatismale sans rhumatisme.

Observation II

Erythème noueux, angine, pleurésie. — Observation recueillie dans le service du docteur Roger (Thèse Ferrand. Paris, 1862. Observation IX.)

C. M..., âgée de 11 ans 1/2, entre à l'hôpital des enfants, le 28 avril 1862, salle Sainte-Geneviève, n° 23.

Il y a quinze jours que cette enfant fut prise de douleurs dans les jambes, avec apparition de plaques rouges qui rendaient la démarche douloureuse et presque impossible.

Depuis lors, état de malaise ; depuis trois jours, elle a cessé de manger et de marcher.

Actuellement, légère bronchite et érythème noueux confluent sur les deux jambes ; peu de fièvre ce matin. Le soir, la fièvre est plus sensible (je compte 100 pulsations pendant le sommeil) ; chaleur cutanée, anorexie, soif ; aucun phénomène abdominal.

4 mai. — Elle se lève ; les rougeurs disparaissent et ne sont presque plus douloureuses.

8. Elle se plaint de mal de gorge ; on trouve, en effet,

un peu de rougeur et de gonflement des amygdales et de l'isthme du gosier, avec un état fébrile modéré, mais continu.

10. La malade est demeurée fébrile, dans un état insidieux. On découvre, dans le côté gauche de la poitrine, un épanchement pleurétique de peu d'abondance, survenu sans point de côté. L'angine persiste avec l'état fébrile.

11. La malade va mieux; l'épanchement ne donne plus lieu à de l'égophonie, mais seulement à un léger souffle ; pas de fièvre le soir.

15. Il n'y a plus qu'un peu de matité et de silence à la base du poumon gauche.

20. Elle est parfaitement guérie. Exeat.

Angine avec arthrites consécutives. — L'angine rhumatismale semble tout à fait *polymorphe*, et on est actuellement bien loin, à ce point de vue, des idées de Trousseau et de Lasègue. Parlant de la variété clinique décrite par ces derniers, Escat, dont nous ne saurions mieux faire que de reproduire l'opinion, s'exprime ainsi : « Je veux bien admettre que cette forme soit la plus fréquente, mais elle est loin d'être unique. Il faut se rappeler, en effet, que les premiers observateurs qui ont signalé les relations de l'angine et du rhumatisme n'ont pas tous parlé d'origine diffuse, mais plus souvent, au contraire, d'amygdalite ou de congestion amygdalienne (Harg, Brown, Orsley, Warden). Roos alla même plus loin, et affirma que l'angine n'était point toujours diffuse, et pouvait affecter la forme d'une amygdalite phlegmoneuse.

» De Saint-Germain a rapporté des cas d'angines herpétiques et phlycténulaires. Gallois, enfin, a observé plusieurs cas de rhumatisme indiscutable, survenus chez des enfants adénoïdiens, après des poussées inflammatoires de leurs

végétations pharyngées. J'ai moi-même vu se développer une véritable attaque de rhumatisme polyarticulaire généralisé, avec fluxion de toutes les petites articulations des pieds et des mains, chez un jeune homme de 25 ans, qui avait présenté une poussée inflammatoire strictement localisée à l'amygdale gauche. J'ai vu également, en deux circonstances, l'angine rhumatismale se localiser à peu près exclusivement à l'amygdale linguale. *L'angine rhumatismale est donc incontestablement polymorphe* »

Nous avons rencontré un cas d'angine rhumatismale qui ressemble presque entièrement à la description de Trousseau-Lasègue, tandis qu'un autre, ayant évolué comme une amygdalite phlegmoneuse, s'est accompagné, à un moment donné, d'arthrites très tenaces et très douloureuses. D'autres observations, empruntées à des auteurs divers, montreront les variétés herpétiques et pultacées de l'affection; on verra que l'angine rhumatismale n'est pas toujours rouge, mais peut être blanche, ainsi que de Saint-Germain le faisait remarquer dès 1893.

Observation III

Angine rhumatismale du type Trousseau-Lasègue
(Personnelle)

Mme B..., 36 ans, mariée, sans enfants, assez bien portante, mais atteinte de névralgies fréquentes de la face, du côté, du bas-ventre. Elle contracte la grippe le 4 avril 1904; mais, après la disparition complète de celle-ci, est prise, le 27 avril, d'une angine intense avec rougeur marquée, dysphagie très accusée, torticolis, courbature, légère tuméfaction des amygdales, mais modérée, sept jours après, lorsque les accidents gutturaux étaient à peu près terminés. L'épaule droite, puis l'épaule gauche, ainsi que le poignet gauche se

prennent successivement dans l'espace de quinze jours. Mais les tuméfactions articulaires sont restées peu accusées et le rhumatisme, en somme très léger, a disparu complètement au bout d'un mois. Le 12 mai, il n'y avait plus de phlegmons articulaires.

Observation IV

Amygdalite double très intense.— Polyarthrite très violente et très tenace. — Mort subite

(Personnelle)

Mme V..., 24 ans, est prise, le 15 novembre 1903, d'une violente amygdalite gauche, puis droite, qui gêne beaucoup la déglutition, s'accompagne de salivation intense, de gêne dans les mouvements du cou, d'engorgement ganglionnaire assez marqué, surtout à l'angle de la mâchoire, de douleur d'oreille avec sensation de bruissement. Au bout de dix jours, disparition des accidents, après rupture d'un abcès à gauche, ayant laissé sur l'amygdale une petite ulcération ; mais elle est prise alors, le 26, de douleurs dans l'épaule droite, qui se tuméfie beaucoup et devient rouge. Au bout de cinq jours, le coude droit se prend, puis, le 6 décembre, c'est le tour du poignet. Dans le courant de ce mois de décembre, les genoux, les cous-de-pied, les hanches et les grosses articulations du membre supérieur du côté gauche se prennent successivement, et ceci d'une façon fort intense. Insomnie, agitation de la malade, qui est très nerveuse. Des doses très élevées de salicylate de soude, puis d'antipyrine, puis, en désespoir de cause, d'aspyrine, ainsi que des enveloppements au salicylate de méthyle n'amenèrent aucun soulagement bien apparent. Il fallait donner de deux à trois cuillerées à bouche de sirop thébaïque ou même pratiquer des piqûres de morphine pour ame-

ner un peu de sédation des douleurs fort vives éprouvées par la malade, qui autrement était très vigoureuse et présentait même de la tendance à l'embonpoint. De guerre lasse, on fit venir plusieurs confrères en consultations, et c'est ainsi que j'eus l'occasion de l'examiner et de recueillir les renseignements précédents. Au mois de janvier, l'état avait encore empiré relativement, car les petites articulations des pieds et des mains avaient été envahies. Le mois suivant, les phlegmasies articulaires diminuèrent sensiblement ; mais, le 11, la malade succomba subitement en se levant pour boire de la tisane. La mort subite fut attribuée, par le médecin de la famille, à une embolie.

Observation V

Rhumatisme articulaire aigu. — Angine avec exsudat blanchâtre ayant débuté un peu après les douleurs articulaires. — Albuminurie ayant persisté pendant toute la période fébrile. — Epistaxis répétées. — Guérison complète sans endocardite. (Thèse de Saint-Germain.)

G..., 17 ans, marchand de vins, salle Saint-Louis, Hôtel-Dieu, service Cornil.

Antécédents personnels. — Rougeole à 12 ans, sujet aux épistaxis. Teint mat. Anémique depuis longtemps.

Début brusque (après surmenage ? froid humide ?) le 21 juin, par des douleurs musculaires, puis articulaires au genou, articulations tibio-tarsiennes. Le soir, mêmes vives douleurs de gorge exaspérées par la déglutition.

Le lendemain, douleurs très aiguës dans les épaules, continue à souffrir de la gorge et vient à l'hôpital.

Nous avons observé ce très beau cas de rhumatisme articulaire aigu dès le début de la maladie, ce qui est extrêmement rare.

Le 22 juin, facies remarquable : regard anxieux, traits

tirés, lèvres sèches, langue fortement saburrale, brunâtre et très sèche à son centre, tremblante comme dans la dothienentérie; narines pulvérulentes, presque toutes les articulations sont douloureuses, mais surtout les épaules, les genoux et les cous-de-pied, ces derniers sont très rouges mais peu tuméfiés, les genoux contiennent déjà une certaine quantité de liquide. La gorge est très rouge et un très léger exsudat blanchâtre recouvre l'amygdale gauche et le bord correspondant de la luette, l'insomnie est complète au dire du malade.

Les urines sont blanches, troubles et mousseuses; elles contiennent une notable quantité d'albumine (acide acétique et chaleur); c'est plus que le léger précipité banal qu'on observe dans presque toutes les maladies fébriles.

Cœur : premier bruit un peu prolongé.

Poumon : respiration forte, quelques râles humides et surtout sibilants aux bases Température, 39°7.

23. Mêmes phénomènes, l'exsudat blanchâtre de la gorge a presque complètement disparu.

La quantité totale des urines des vingt-quatre heures est de 1 litre 1/2; l'aspect n'a pas changé.

Les deux genoux sont extrêmement douloureux et les cavités articulaires très distendues par la quantité de liquide.

24. La température du matin a atteint 39°9.

Les genoux sont énormes, l'angine persiste, l'albuminurie n'a ni augmenté ni diminué. Les douleurs sont un peu moins vives dans les épaules et les cous-de-pied.

Dans l'après-midi, aspiration de liquide dans le genou gauche et ponction de la rate; après quoi le malade prend 4 grammes de salicylate.

25. L'angine a presque complètement disparu; l'albumine persiste Le genou ponctionné est moins douloureux et a diminué. Salicylate, 5 grammes.

Dans la soirée, épistaxis assez abondante.

26. Epistaxis. L'albuminurie diminue; les urines sont un peu moins mousseuses, mais conservent leur coloration et leur aspect. Il reste à noter que, durant toute la maladie, et même au moment de la plus forte fièvre, les urines n'ont cessé de présenter cette coloration blanchâtre, cet aspect louche et d'atteindre une quantité, le plus souvent égale ou même supérieure au taux normal des vingt-quatre heures. Salicylate, 6 grammes.

27. Épistaxis peu abondante, disparition complète des douleurs articulaires, suppression du salicylate.

28. Épistaxis, traces d'albumine dans l'urine, le prolongement du premier bruit cardiaque a totalement disparu.

29. Plus d'albumine dans l'urine.

30. Épistaxis, assez bon état général, mais anémie et amaigrissement très marqués.

1er juillet. — Épistaxis.

15. Le malade sort guéri, plus d'albumine dans l'urine, mais quantité toujours abondante.

Cœur absolument indemne.

Examen bactériologique. — Liquide articulaire du sang de la rate Le 24 juin, avant l'administration du salicylate et par une température de 40°, ponction du genou gauche et aspiration 1 cc. 1/2 de liquide séreux, louche, à reflets légèrement verdâtres. Ce liquide, très fibrineux, recueilli dans une éprouvette stérilisée, se coagule en partie.

Ponction de la rate légèrement tuméfiée, est perceptible à la percussion et un peu de sang est recueilli.

Ces deux liquides, immédiatement examinés et ensemencés sur différents milieux (bouillon, acide, alcalin, menthe, agar, gélatine), au contact de l'air et dans le vide.

L'examen direct du liquide articulaire nous a montré une

très grande quantité de globules blancs en suspension dans la sérosité. Sur aucune des très nombreuses préparations faites avec ce liquide et en employant divers procédés de coloration (violet, violet suivi de Gram, Ziehl, Kühnl) nous n'avons découvert de microbes.

Les ensemencements de ce même liquide et du sang de la rate, sont restés absolument stériles. Aucune colonie n'a poussé, les bouillons sont restés limpides.

Observation VI

Attaque de rhumatisme articulaire aigu ayant débuté par une angine avec exsudat blanchâtre. — Péricardite. — Pleurésie. — Albuminurie ayant persisté pendant plusieurs jours. (Thèse de Saint-Germain.)

M... Elise, 18 ans, employée de commerce, annexe de l'Hôtel-Dieu, entrée le 7 avril.

Première attaque rhumatismale à 11 ans, durée courte (15 jours). Pas de complication, pas de palpitations consécutives. Pas d'autres maladies depuis.

Le 25 mars 1892, elle est prise d'un violent mal de gorge. Sa mère, une sage-femme, examine sa gorge et la trouve couverte d'un exsudat blanchâtre, surtout du côté droit; la douleur est alors extrêmement vive et interdit le passage des aliments solides. La température est élevée, la céphalalgie intense.

Le même état persiste pendant dix jours sans amélioration, et dans la matinée du 4 avril, elle ressent des douleurs très vives dans les masses musculaires antérieures de la cuisse droite.

5 avril.— Les douleurs ont envahi les deux membres inférieurs; les articulations des genoux et des cous-de-pied sont tuméfiées et douloureuses.

7. Entre à l'hôpital. On constate alors du gonflement des deux genoux avec un peu d'hydarthrose, de la rougeur au niveau des cous-de-pied. La douleur existe très vive non seulement au niveau des articulations, mais encore dans les masses musculaires.

La gorge est encore très rouge et le voile présente un léger degré de paralysie ; voix nasonnée, gêne de la déglutition, rejets des aliments par le nez.

Rien au poumon, rien au cœur. T., 38°4, pas d'albumine dans les urines

9. L'état de la malade s'aggrave ; les poignets et les épaules sont tuméfiés et douloureux. On remarque en même temps une gêne respiratoire assez notable accompagnée de points douloureux dans la région antérieure du thorax. On retrouve des points en arrière dans toute la hauteur de la poitrine.

Le premier bruit du cœur est un peu sourd à la pointe. Le pouls fréquent, 110.

Rien dans les poumons ni dans les plèvres.

10. La dyspnée est devenue très intense. Gêne de la déglutition et douleur laryngée pendant la phonation.

La pression du doigt cause une douleur assez vive au-dessus de la clavicule au niveau du passage du phrénique, sur les parties latérales du larynx, surtout à l'union du cartilage thyroïde avec le cricoïde, enfin au niveau des espaces intercostaux. Les attaches tendineuses du diaphragme sont le siège d'une sensibilité particulière qu'exagèrent les mouvements respiratoires.

Frottement péricardique absolument net, couvrant les deux bruits normaux du cœur. La matité cardiaque n'a pas augmenté.

En arrière, à la base des deux poumons, râles de congestion pulmonaire.

11. Aggravation de l'état général. T., 39°6. Sueurs très abondantes, mêmes signes stéthoscopiques.

12. La gêne respiratoire a encore augmenté. Ce fait s'explique par l'apparition d'un épanchement assez considérable dans la plèvre gauche. Le souffle s'entend dans les deux tiers inférieurs de la poitrine. La toux est quinteuse et rendue extrêmement pénible par la présence des points douloureux disséminés dans les parois thoraciques et qui se sont encore exagérés. T., 38°8.

Albumine dans les urines.

Râles fins dans toute la moitié inférieure du poumon droit.

Le bruit de frottement péricardique est moins râpeux qu'il ne l'était au début. Les douleurs articulaires sont toujours assez vives, surtout dans les membres supérieurs et, en particulier dans les mains, dont les articulations phalangiennes sont prises.

13. Aux symptômes précédents s'ajoutent des douleurs de ventre. L'abdomen, notablement ballonné, est sensible, surtout à la percussion, si légère soit-elle. La douleur s'irradie aussi dans les flancs et s'accompagne de quelques vomissements peu abondants et sans caractères spéciaux. La malade a les traits plus tirés, les yeux plus excavés que les jours précédents, sans avoir, à proprement parler, un facies grippé.

Les douleurs articulaires n'ont pas sensiblement diminué.

Le souffle pleurétique est toujours aussi étendu, mais on perçoit quelques râles fins à cette même base gauche, ce qui qui fait supposer que l'épanchement est très peu abondant.

L'albumine persiste dans les urines.

14. Le ventre est toujours aussi ballonné, mais les vomissements ont cessé. Le souffle pleurétique tend à diminuer. La congestion pulmonaire, toujours très intense du côté droit, continue à rendre la respiration très pénible.

Albumine dans les urines.

15. Il se produit une brusque sédation des phénomènes locaux et généraux. Les articulations ne sont presque plus douloureuses. T., 37°2.

L'albumine a disparu.

20. La douleur quitte les poignets.

25. Une légère poussée se manifeste de nouveau dans les poignets, mais les phénomènes cardiaques et pulmonaires ont complètement disparu.

La malade sort complètement guérie, sans qu'on puisse percevoir rien d'anormal du côté de son cœur et sans que les urines contiennent la moindre trace d'albumine.

Observation VII

Angine herpétique chez un sujet atteint de rhumatisme articulaire du genou
(Thèse de Raphaelian)

A. D..., étudiant, âgé de 22 ans, doué d'une bonne constitution, a eu deux attaques de rhumatisme.

La première, en 1857, dans les muscles de l'épaule droite, ainsi que dans ceux de la paroi thoracique, sans mouvement fébrile bien marqué.

La deuxième fois, le rhumatisme affecta la forme subaiguë et devint presque général. Le malade ressentait de vives douleurs dans les articulations des membres inférieurs, des douleurs sourdes dans les masses musculaires des cuisses et des jambes.

Léger mouvement fébrile ; pouls à 88.

En tout, cette nouvelle attaque dura cinq jours.

Le 18 mars 1859, à la sortie d'un bal, A. D... rentra chez lui, nonobstant une pluie fine et une température assez vive. Dans la nuit, il sentit, selon son expression, le froid

le pénétrer jusqu'à la moelle ; il ne put fermer l'œil, et, vers le matin, il ressentit une douleur assez vive dans le genou droit et la région lombaire.

19. Douleurs intenses dans le genou et les lombes.

20. L'état est à peu près le même. Vers quatre heures, D... sent de la chaleur, de la sécheresse, et des picotements à la gorge ; la fièvre augmente, la soif devient vive, et une gêne assez notable dans la déglutition de la salive commence à se manifester.

21. Le docteur Hardy visite le malade.

Il lui trouve la face animée, les yeux injectés; le pouls est à 104 ; la céphalalgie est intense ; langue chargée ; vésicules d'herpès, en groupes, vers la commissure gauche des lèvres.

A l'inspection de la gorge, les deux amygdales sont rouges et gonflées ; la luette est tuméfiée ; les tonsilles présentent çà et là quelques vésicules sous forme de levures grisâtres ; il en est de même de la base de la luette. La salivation est abondante. M. Hardy diagnostique une angine herpétique.

Les douleurs rhumatismales sont dominées à ce point par les douleurs de la gorge, que le malade semble les avoir oubliées ; journée assez mauvaise ; la gêne de la déglutition est le phénomène prédominant. Ce qui attire surtout mon attention, c'est le silence des douleurs arthralgiques.

22. Pouls à 94 ; peau chaude et humide, la céphalalgie et le mal de gorge persistent au même degré ; celle-ci, examinée, offre à l'œil des points blanchâtres, des concrétions membraniformes ; la luette est tuméfiée et infiltrée.

La journée se passe assez bien ; le malade souffre moins à la gorge ; les douleurs des genoux et des lombes diminuent notablement, et permettent au patient de se mouvoir dans son lit.

23. La nuit a été meilleure. La gorge est moins douloureuse, mais la déglutition est toujours difficile. La voix est un peu altérée. Salivation abondante. Dans la journée, un mieux général se manifeste.

24 La nuit a été bonne. La gorge n'est que peu douloureuse ; les amygdales ont diminué considérablement de volume. Les concrétions pseudo-membraneuses ont en grande partie disparu; on voit, à leur place, quelques points ulcérés. Pouls : 84.

25. Le malade a bien passé la nuit.

Il quitte le lit le 25, et la chambre le 27.

Observation VIII

Angine infectieuse pultacée avec endocardite, érythème purpurique et arthrites par Ferras (*Revue hebdomadaire de laryngologie*, 1892, p. 476). Communication du 4 mai à la Société française d'otologie.

Antécédents. — Le 24 novembre 1891, Ed. R..., passementier, âgé de 19 ans, cesse tout travail. Il s'alite même deux jours, parce qu'il avait mal à la gorge et se sentait très fatigué.

Le 1er décembre, quelques taches rouges apparaissent sur le corps.

Le 2, extension de l'éruption aux membres inférieurs (purpura). En même temps, douleurs lombaires assez vives et gonflement des deux genoux devenus très douloureux au moindre mouvement.

Etat actuel. — Le malade, d'aspect très affaibli, présente surtout aux membres, un érythème polymorphe dessinant des festons et des cercles, avec zone interne purpurique principalement aux membres inférieurs, et une zone externe plus récente et plus congestive, la première sans relief, la

deuxième saillante, œdématiée. Adénopathie inguinale peut-être récente. Le scrotum est pris en entier, œdème marqué aux malléoles, pieds et mains. La rate n'est pas hypertrophiée.

Le malade accuse des douleurs articulaires généralisées, *un gonflement marqué des genoux*. Immobilité forcée dans son lit. La température est de 39°. Sur les lèvres, quelques vésicules d'herpès. A la gorge, simple angine légèrement pultacée, avec injection plus vive des piliers antérieurs et quelques exulcérations rappelant celles de l'angine dont il précise le début au 24 novembre avant tous les accidents dont il souffre maintenant.

Les jours suivants, douleurs musculaires vives, surtout au biceps gauche huméral. Le bras est immobilisé dans la demi-flexion. Fait à noter et analogue à ce qu'on voit avec l'arthrite aiguë blennorragique, ce malade présente une atrophie musculaire rapidement produite.

Bientôt l'angine a disparu, mais l'affection décèle encore son action et on assista à l'évolution d'une endocardite qui a cédé devant une médication appropriée.

Par son étiologie, cette endocardite doit être rapprochée des endocardites septiques signalées la première fois par Bouillaud.

Du 18 au 24 décembre, ces différents phénomènes s'amendèrent, et le 2 janvier le malade partit en convalescence pour Vincennes.

Arthrites succédant aux angines. — Si l'angine rhumatismale est polymorphe, il en est de même pour les arthrites qui lui succèdent. Il est déjà incontestable que le rhumatisme articulaire aigu le plus franc peut présenter, suivant les cas, des allures fort différentes, et qui sont si connues qu'il est inutile d'insister. Mais en outre de ces

variétés, il en est d'autres, qui n'ont rien de commun avec le rhumatisme articulaire aigu proprement dit : ce sont les arthrites pyohémiques, les mono-arthrites du type gonorréique et les arthrites déformantes, telles qu'on les voit chez les jeunes sujets.

A. *Arthrites pyohémiques*. — Relativement rares, elles s'observent principalement dans les amygdalites et surtout dans les périamygdalites suppurées, dans l'angine de Senator ou phlegmon diffus du pharynx. Mais on peut les voir survenir parfois aussi à la suite d'amygdalites à réaction locale relativement modérée, mais accompagnées d'une symptomatologie le plus souvent adynamique très accentuée. On a constaté souvent la thrombose des grosses veines du cou, mais celle-ci n'est pas toujours constante.

B. La monoarthrite suppurée, qu'on pourrait assimiler aux monoarthrites blennorragiques, dans laquelle une ou deux articulations tout au plus sont envahies, est caractérisée par le peu d'étendue et par l'intensité de la réaction inflammatoire. Les lésions aboutissent souvent à des désordres locaux très graves (ex. : observation de Sieur).

C. Le rhumatisme articulaire aigu franc est trop connu pour qu'il soit nécessaire de s'appesantir.

D. Le rhumatisme très léger n'envahit qu'un petit nombre d'articulations, qui se tuméfient et rougissent à peine. Tous les phénomènes disparaissent au bout de trois à quatre semaines.

E. Le rhumatisme qui porte ses effets bien plus sur les muscles et les synoviales périarticulaires que sur l'articulation elle-même, s'observe surtout au niveau des épaules. Déjà Lasègue avait insisté sur les douleurs musculaires du cou et de l'articulation scapulo-humérale. Quand on exa-

mine certains malades, on voit que le mal siège surtout dans le deltoïde, les pectoraux, le grand dorsal et surtout sur le coraco-brachial et la courte portion du biceps. L'affection, qui est principalement de la périarthrite, s'accompagne souvent de frottements caractéristiques à l'occasion de certains mouvements. Cependant il y a aussi l'arthrite, comme le prouve l'exploration du sillon placé entre le grand pectoral et le deltoïde, ainsi que l'exploration du creux de l'aisselle.

F. Enfin nous aurions de la tendance à accepter, *mais non sans hésitation*, car les cas ne sont pas très clairs, une variété déformante survenant chez de jeunes sujets. Plique, qui a fait ressortir l'origine infectieuse du rhumatisme déformant chez les jeunes sujets, signale l'amygdalite parmi les maladies microbiennes qui peuvent lui donner naissance (*Revue médicale*, 1900, p. 175). Mais, malgré les quelques faits que nous avons pu observer, notamment le cas d'une jeune fille de quinze ans, qui, à la suite d'une angine, eut de l'arthrite déformante des deux poignets, nous savons que l'admission de ce dernier type demande le contrôle de nombreuses recherches.

Cette polymorphie des phlegmasies articulaires s'explique théoriquement par des raisons multiples.

Au point de vue purement bactériologique, on peut invoquer la nature différente des germes pathogènes, leur virulence variable et aussi, peut-être, leur nombre plus ou moins abondant quand ils pénètrent dans le torrent circulatoire. Il est démontré, en effet, que la quantité des microbes n'est point du tout indifférente pour l'éclosion de certains accidents et l'aspect clinique de ceux-ci.

Mais le *terrain* rend encore mieux compte peut-être de la variété des déterminations articulaires, et le type des périar-

thrites, le type déformant ne s'observerait guère d'après ce que nous avons pu constater, que chez les héréditaires avérés et chez des fils de goutteux.

Nous donnons ci-joint une série d'observations d'arthrites suppurées, de rhumatisme franc ordinaire, de rhumatisme léger. Quant à l'arthrite déformante, nous en avons observé un cas en novembre 1901, chez une jeune fille de 15 ans. Huit jours après le début d'une angine rhumatismale type, l'inflammation avait gagné les deux coudes et les poignets d'une façon symétrique. Les coudes guérirent au bout d'un mois, mais il n'en fut pas de même des poignets, qui présentèrent bientôt des déformations osseuses avec craquement, des tuméfactions, principalement sur le dos de la main, des synoviales tendineuses, et au bout d'un an, une fonte rapide de l'extrémité inférieure du radius. Au bout de deux ans la plus grande partie des mouvements étaient perdus. Sur ces entrefaites, elle contracta une pneumonie qui se termina par la mort. Il y avait des antécédents héréditaires et aussi chez les collatéraux.

Arthrite suppurée de la hanche consécutive a une rougeole, compliquée d'otite moyenne suppurée. Arthrotomie. Guérison (*Archives de médecine et de pharmacie militaires*, 1900, page 436, par Sieur.) — Cette arthrite de la hanche, survenue au cours de la convalescence d'une rougeole compliquée depuis quelques jours d'une otite moyenne suppurée, n'a rien qui puisse étonner, attendu que la rougeole est coutumière de semblables complications. Il faut, néanmoins, signaler un détail qui expliquera pourquoi l'infection est venue se localiser dans la hanche. Le malade était un jeune cavalier; or, quelques jours avant l'apparition de la rougeole, il avait fait une chute au manège et s'était violemment heurté à terre la région trochantérienne correspon-

dante. Il put remonter à cheval aussitôt après; mais pendant quelque temps, il éprouva dans la hanche une gêne assez notable au moment de la marche.

Ce renseignement joint à la nature streptococcique de l'infection, démontrée par la bactériologie du pus de l'oreille, a fait craindre à l'auteur l'existence d'une arthrite suppurée dès l'apparition des premières douleurs du côté de la hanche.

Observation IX

Rhumatisme articulaire aigu. — Début par angine. — Albuminurie transitoire, mais notable. (Observation VI de la thèse de Saint-Germain.)

C... Clémence, 21 ans, blanchisseuse, entre à l'Hôtel-Dieu le 26 août, salle Saint-Landry.

La malade, qui n'a jamais eu auparavant de douleurs articulaires, est prise, le 19, de douleurs de gorge assez vives, de gêne de la déglutition et même de la respiration, elle est sujette aux angines et prétend que, cette fois, les phénomènes sont plus douloureux.

20. Le cou-de-pied droit devient douloureux et se tuméfie.

26. Le cou-de-pied gauche est pris à son tour ainsi que les deux genoux. T., 39°2.

Cœur : bruits présystoliques. Rétrécissement mitral ?

L'angine continue son évolution et ne disparaît qu'au bout de huit jours.

Les douleurs articulaires se calment, mais le service étant évacué, la malade rentre chez elle incomplètement guérie.

Elle rentre le 10 septembre, salle Sainte-Marie, service Cornil.

Elle a, cette fois, des douleurs articulaires généralisées mais sans angine

Observation X

Rhumatisme articulaire *subaigu*. — Deuxième attaque chez une femme enceinte. — Début par angine se répétant à chaque attaque. (Observation IX de la thèse de Saint-Germain.)

Louise T..., 28 ans, blanchisseuse, entre dans le service de Duguet, salle Bernutz, le 21 mars 1892.

Elle a des antécédents héréditaires rhumatismaux. Sa mère a eu, à 29 ans, des douleurs articulaires qui l'ont forcée à garder le lit assez longtemps. Sa maladie a duré trois mois et a déterminé une cardiopathie qui a persisté. Cette attaque de rhumatisme s'est produite immédiatement après un accouchement. Les autres couches qui ont précédé et suivi celle-ci n'ont été marquées par aucun accident rhumatismal.

On note, chez la malade elle-même, la rougeole dans l'enfance et des angines fréquentes.

A 14 ans, première attaque de rhumatisme, même début par angine.

A 17 ans, seconde attaque de rhumatisme, même début.

Enfin actuellement, la malade, enceinte de sept mois, souffre de la gorge depuis huit jours, et, depuis cinq, son poignet droit et son genou gauche sont tuméfiés et douloureux.

La gorge présente encore une vague rougeur.

Le cœur paraît normal, malgré deux attaques antérieures.

Nous n'avons pu suivre davantage cette malade.

Observation XI

Rhumatisme articulaire aigu à *forme prolongée* ayant débuté par une angine aiguë, — Endopéricardite. — Coexistence de tuberculose au premier degré. Examen bactériologique du liquide articulaire et du sang de la rate. (Observation VII de la thèse de Saint-Germain.)

Catherine S..., 19 ans, domestique, entrée à l'hôpital Broussais, 20 mai 1892, service de Chauffard.

Bronchite dans l'enfance ; à 11 ans, fièvre typhoïde ; presque immédiatement après, poussée rhumatismale qui a duré six semaines. Très peu de temps après, scarlatine. A 15 ans, anémie pour laquelle elle est traitée pendant un an.

Histoire de la maladie. — Dans les premiers jours de février dernier, à la suite d'un refroidissement, la malade fut prise d'un violent mal de gorge qui dura huit jours ; les amygdales, d'après les renseignements fournis par elle, étaient grosses, très rouges, *piquetées de points blancs* ; puis ses orteils, ses cous-de-pied, ses genoux devinrent douloureux et se tuméfièrent, la marche devint impossible, les articulations du bras furent atteintes à leur tour. Elle fut soignée à Cochin (mars et avril), où elle prit, comme médicaments, de l'antipyrine, du salicylate et de l'iodure de potassium.

Elle quitte Cochin le 18 mai, se trouvant mieux, alors qu'elle ressentait encore des douleurs assez violentes dans les articulations de la colonne vertébrale, et que ses pieds devenaient douloureux et tuméfiés, dès qu'elle essayait de marcher.

Aussi, le 20 mai, elle entre à Broussais.

Etat actuel. — Les genoux seuls sont franchement atteints, ils sont tuméfiés et douloureux. On constate la présence de

liquide dans le genou droit et les culs-de-sac sous-tendineux en particulier.

La douleur existe également dans les articulations sacro-iliaques et celles des vertèbres cervicales.

Cœur. — Claquement métallique du second bruit au foyer aortique. Frottement péricardique, surtout perceptible à la pointe. Bruit de souffle dans les jugulaires.

Douleur à la pression au niveau du trajet du phrénique, entre les insertions inférieures du sterno-cléïdo-mastoïdien. Point xiphoïdien et douleur provoquée par le refoulement de la paroi abdominale vers le cœur, sous le rebord costal.

En outre, au sommet droit, signe de tuberculose au début, respiration soufflante en avant, retentissement de la toux en arrière, tonalité plus élevée à la percussion sous la clavicule droite.

Traitement. — Salol, 5 grammes par jour.

23. Douleurs dans les articulations du cou. Difficulté à tourner la tête Genou droit douloureux.

25. Douleurs dans l'épaule, les coudes, les articulations phalangiennes.

12 juin. — La malade qui, sous l'influence du salol, avait éprouvé une amélioration assez sensible, est reprise de douleurs aiguës dans les poignets et les articulations des phalanges depuis cinq à six jours.

Il existe encore une certaine sensibilité des articulations des genoux et des vertèbres cervicales; mais la malade peut néanmoins se lever, et le 25 juin sort de l'hôpital très améliorée.

Examen bactériologique. — Le 21 mai, avant l'administration d'aucun médicament, ponction du genou droit et aspiration avec la seringue de Roux de 2 cc. de liquide citrin un peu louche, avec lequel il est fait des examens de

lamelles et des ensemencements sur des milieux variés, au contact de l'air et dans le vide. La rate est également ponctionnée, et la petite quantité de liquide sanguinolent qui en est recueillie est employée à des examens analogues et des ensemencements sur des milieux semblables. Résultats absolument négatifs.

Récidives d'angine rhumatismale suivie de polyarthrite. — Certains sujets ont, à plusieurs reprises, des angines suivies de polyarthrite rhumatismale. Ces faits sont bien connus depuis Trousseau, Fernet, Lasègue, qui ont beaucoup insisté sur ce point. Il importe de noter la possibilité de ces récidives au point de vue du diagnostic. Lorsqu'en effet, le type des accidents gutturaux est la pharyngite diffuse catarrhale aiguë, à symptômes si caractéristiques, le malade ne s'y trompe pas, et, affirme la nature de son affection gutturale avant le médecin [1].

Les deux cas suivants empruntés à Lagoanère donneront une assez bonne idée de cette angine rhumatismale avec rhumatisme qui récidive parfois trois ou quatre fois chez le même sujet.

Observation XII

Trois attaques de rhumatisme articulaire aigu chaque fois précédées d'angines rhumatismales. (Thèse Lagoanère, Paris, 1876.)

X..., âgé de 30 ans, a subi plusieurs attaques de rhumatisme articulaire aigu : la première, à l'âge de 8 ans; la seconde, quelques années plus tard, en 1871 ; la dernière, enfin, il y a deux ans.

Les différentes fluxions articulaires ont été très intenses

[1] En outre du cas de rhumatisme subaigu emprunté à de Saint-Germain.

et ont déterminé du côté du cœur, dans l'endocarde en particulier, des altérations notables.

Mais le fait important, et sur lequel nous ne saurions trop appeler l'attention, c'est que chacun de ces trois mouvements fluxionnaires, sans exception, a été constamment précédé d'angine.

Celle-ci survenait brusquement, s'accompagnait de malaise et durait de quatre à six jours.

Aussitôt après, apparaissaient les douleurs articulaires, et ce fait était tellement net et constant que le malade annonçait lui-même, grâce à l'angine prémonitoire, les phénomènes qui lui succédaient infailliblement.

Nous devons ajouter que X... n'a jamais eu que ces trois angines, dont la nature rhumatismale est mise hors de doute par les circonstances que nous venons de rapporter.

Observation XIII

Trois attaques de rhumatisme articulaire aigu. — Deux angines.
(Thèse Lagoanère. Paris, 1876.)

A..., âgé de 56 ans, teinturier, entré à l'Hôtel-Dieu, le 28 juillet, salle Saint-Lazare, n° 4.

Cet homme a déjà eu, il y a cinq ans, un rhumatisme articulaire aigu, généralisé et intense, précédé pendant cinq ou six jours d'une angine gutturale : deux ans après, nouvelle angine qui le retient pendant dix jours à l'hôpital, mais n'est suivie d'aucune manifestation du côté des jointures.

Quand nous observons ce malade, c'est la troisième fois qu'il est pris de son angine. Celle-ci est intense ; les amygdales, très tuméfiées, se touchent presque au niveau de la luette, la déglutition est presque impossible. Toute la gorge est le siège d'une rougeur luisante et d'un gonflement œdé-

mateux. Il n'y a ni points blancs, ni fausses membranes La fièvre est vive (vomitifs émollients).

Au bout de quatre jours, la résolution de l'angine est presque complète, la déglutition se fait sans douleur, mais le malade accuse des douleurs dans les genoux et les pieds. On voit se développer un rhumatisme articulaire et cardiaque intense, qui est assez mobile et irrégulier dans sa marche, bien qu'il ne présente aucune détermination nouvelle dans son cours ; la guérison n'est obtenue que vers le milieu de septembre, après six semaines de maladie.

Aussi, chez ce malade, trois attaques de rhumatisme aigu se manifestèrent par des déterminations du côté de la gorge ; deux fois celles-ci furent suivies de rhumatisme articulaire.

PRONOSTIC

L'angine rhumatismale qui a revêtu une forme septique, quelle que soit l'étendue des lésions locales, est d'un mauvais pronostic, parce qu'elle peut faire craindre la variété pyohémique ou du moins la monoarthrite suppurée. Mais les autres variétés d'angine s'accompagnent des arthrites les plus diverses, et on ne peut point dire qu'il y ait proportionnalité entre l'intensité des symptômes pharyngés et celle des inflammations articulaires.

DIAGNOSTIC

Esquissé admirablement par Trousseau, Fernet, Lasègue, Desnos, Peter, Besnier, il repose surtout, comme le disent ces auteurs, sur les antécédents et les phénomènes concomitants, et cela d'autant plus que le type de Trousseau-Lasègue, si bien caractérisé cliniquement, est loin d'être la seule manifestation gutturale accompagnée d'arthrites. L'existence d'une albuminurie, d'une endocardite, d'une pleurésie à allure spéciale, fera penser à une angine rhumatismale, même si les articulations restent intactes.

TRAITEMENT

Trousseau et Lasègue s'abstenaient de toute médication active, et il est certain que, dans la majorité des cas, il est permis de se tenir sur l'expectative, à moins qu'on ait affaire à une amygdalite ou à une périamygdalite suppurées. Cependant, on ne saurait oublier les heureux résultats que le salicylate de soude en cachets, par exemple, ou en potion, a fournis à maints observateurs, dans l'angine rhumatismale comme dans la plupart des autres pharyngites. Les badigeonnages à la résorcine, au chloral, et à ce même salicylate de soude, calment la dysphagie chez un grand nombre de malades. Mais ceci est, en somme, hors de notre sujet.

Le traitement prophylactique donne cependant le droit de nous arrêter un instant, puisqu'il est à peu près démontré que les récidives de l'angine dite rhumatismale s'accompagnent très souvent, chez certains sujets, de récidive de polyarthrite ; il faudra se préoccuper, avec soin, de guérir la gorge, et de combattre notamment, avec persévérance, toute angine lacunaire chronique. Des mesures radicales, telles que l'ablation de la tonsille, seront donc fréquemment indiquées. Les mêmes mesures prophylactiques seront dirigées contre les végétations adénoïdes, les rhinites, les otites purulentes.

CONCLUSIONS

1° Au point de vue historique, bien que Trousseau et Lasègue aient eu des précurseurs, ce sont eux qui réellement nous ont fait connaître, sinon toutes les variétés d'angine rhumatismale, au moins la plus caractérisée d'entre elles, c'est-à-dire le type de la pharyngite catarrhale aiguë diffuse.

2° Considérée d'abord comme un simple symptôme initial du rhumatisme analogue aux érythèmes cutanés, l'angine rhumatismale est regardée aujourd'hui, par la plupart des auteurs, comme le résultat d'une infection amygdalienne suivie de polyarthrite.

3° A l'heure actuelle, certains auteurs tendent à reconnaître que cette infection peut se produire non seulement au niveau des amygdales palatines, mais dans toutes les portions de l'anneau de Waldeyer et même au niveau des fosses nasales et de la caisse du tympan.

4° Cette angine rhumatismale est polymorphe, et à côté des angines rouges, il y a des angines blanches, beaucoup plus rares, il est vrai.

5. Cette polymorphie se constate aussi du côté des arthrites qui succèdent ou accompagnent les troubles gutturaux.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 23 Novembre 1904.
Le Recteur :
A. BENOIST.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 23 Novembre 1904.
Le Doyen
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.